

服薬(薬剤)に関する連絡票 (ケアマネジャー → 保険薬局薬剤師)

年 月 日

保険薬局名:

様

事業所名:

担当ケアマネジャー:

◆ 利用者基本情報

氏名		性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日(歳)
住所				電話番号	
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 認定無し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 認定済み (<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5)				
報告内容	<input type="checkbox"/> 薬を指示通り服用できていない <現在の状況> <input type="checkbox"/> 飲み込めない <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> 飲み忘れる <input type="checkbox"/> 複数回分をまとめて飲んでしまう <input type="checkbox"/> 服薬の指示内容を理解していない <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 薬が残ったり、あまったりしている <input type="checkbox"/> 気になる症状がある(湿疹・はきけ・嘔吐・頭痛・めまい・ふらつき・倦怠感・腹痛・下痢・便秘 その他() <input type="checkbox"/> 複数の医療機関から薬をもらっている <input type="checkbox"/> 使い切らないうちに薬をもらってくる <input type="checkbox"/> その他()				
服薬管理について	服薬を管理している人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他()			
	薬の管理状況	<input type="checkbox"/> カレンダー <input type="checkbox"/> 薬箱 <input type="checkbox"/> その他			
主治医はこの状況を把握しているか		<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない			
情報提供にかかる本人の同意		<input type="checkbox"/> ご本人の承諾を得ています。 <input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので連絡します。			

※(平成 30 年 4 月実施)30. 1.18 厚生労働省令 4「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第 13 条十三の二により、報告するものです。