**角田市・丸森町様式＜様式5＞**

**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 | □認定無し　　□申請中　　□総合事業対象者  □認定済み  （□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５） | | | | | | |
| 報告  内容 | □薬を指示通り服用できていない  ＜現在の状況＞  □飲み込めない　　□飲み込みにくい　　□服薬拒否　　□飲み忘れる  □複数回分をまとめて飲んでしまう　　□服薬の指示内容を理解していない  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □薬が残ったり、あまったりしている  □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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □複数の医療機関から薬をもらっている  □使い切らないうちに薬をもらってくる  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 服薬管理について | 服薬を管理している人 | | □本人　　□家族　　□ヘルパー　　□看護師  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 薬の管理状況 | | □カレンダー　　□薬箱　　□その他 | | | | |
| 主治医はこの状況を把握しているか | | | □している　　□していない | | | | |
| 情報提供にかかる本人の同意 | | | □ご本人の承諾を得ています。  □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。

**令和２年４月１日運用開始**

**[作成]　角田市丸森町地域ケア推進会議（在宅医療・介護連携推進に関する会議）**