

担当ケアマネジャー様

ケアマネジャー情報ご提供のお願い(FAX ご返信のお願い)

【ケアマネジャー情報提供依頼書】

〒000-0000 ○○県○○市○○町○丁目○番地

○○薬局 担当:○○ ○○

TEL:000-000-0000 FAX:000-000-0000

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度は下記の患者様を通じて本書類をお渡しさせていただきました。

薬局の薬剤師 _____ と申します。

当薬局では、患者様の安全で適切な服薬管理のためケアマネジャー様との連携を大切にしております。

例えば以下のような際には薬局から服薬情報提供書をケアマネジャー様にお送りし、服薬管理を充実できたらと考えております。

- ・ お薬の変更があった際
- ・ 副作用の可能性が考えられる際
- ・ 飲み忘れや服薬状況の変化が見られた際 など

(※情報提供は、居宅療養管理指導の有無に関係なく全ての患者様について行っております。)

つきましては、ご担当ケアマネジャー様の情報をご提供いただきたく、下記の記入欄にご記入のうえ、当薬局宛にFAX にてご返信くださいますようお願い申し上げます。

お忙しい中、大変恐れ入りますが、今後の連携強化のため、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

【ケアマネジャー様ご記入欄】(※FAX にてご返信ください)

患者様氏名: _____ 様(※薬局記入)

生年月日: _____ 年 ____ 月 ____ 日(※薬局記入)

ご担当ケアマネジャー氏名: _____ 様

ご所属事業所名: _____

事業所住所: _____

患者様の要介護／要支援区分(該当箇所に☒をしてください)

☐ 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

ご連絡先電話番号: _____ FAX 番号: _____

メールアドレス: _____

ご記入日: _____ 年 ____ 月 ____ 日

【ご返信先 FAX 番号】

○○薬局 FAX:000-000-0000

※本書類にご記入いただいた内容は、医療・介護連携の目的以外には使用いたしません。

※ご不明な点等ございましたら、お手数ですが薬局までご連絡ください。