

送付先

病院・薬局 担当者様

※送信前に FAX 番号を再度ご確認ください

<患者さんの「薬での困りごと」があれば、薬剤師にご連絡ください>  
～南和地域で活動する専門職の皆さま用～

## 【くすりの困りごと 相談シート】

相談日 年 月 日

相談者所属・氏名 (事業所・部署名)	所属: 事業所所在地:( )市・町・村 氏名:
職 種 該当するものに○	看護師・ケアマネージャー・介護福祉士・ヘルパー・保健師・PT・OT 社会福祉士・栄養士・歯科衛生士・その他( )
相談者連絡先	TEL: FAX:
回答希望日	1.急がない 2.急ぐ: 月 日までに回答を希望

支援している患者様のお薬について、下記の相談があります。

患者氏名(居住地)	( )市・町・村
-----------	----------

\*相談内容に○を記入

1. 薬を飲み忘れてしまう
2. 薬が飲みにくくなっている
3. 薬の副作用が心配 (具体的な副作用: \_\_\_\_\_)
4. 薬が余ってしまった、または足りなくなってしまった
5. 薬の種類が多すぎて、飲み合わせが心配
6. たくさんの薬を飲んでいるが、本当に必要なのだろうか? (合計(\_\_\_\_)種類内服している)
7. 入院中の服薬状況、退院後の服薬に関する注意点などの確認 \*7 は退院された病院の薬剤師にご相談ください。
8. その他の相談

[ ]

※このシートは、南和地域の 5 病院と南和地域 12 市町村内の薬局で運用しています。