＊＊＊　残薬に限らず、お薬でお困りのこと、お気軽にご相談下さい。　＊＊＊

薬局へのお薬相談書

A

薬袋にある薬局名：　　様
（Fax.　　）

必ず確認して、チェックをお願いします

対象患者 （利用者）	（　　）様　□対象者の同意済み ※対象者名の記載がない場合は、薬局から確認のお電話をさせて頂きます
相談内容	□ お薬が残っています （□ 調剤してもらった薬局に持参するよう伝えました □ 残薬が多く整理ができていないので、対応をお願いします □ その他（自由記載：　　）） □ 残薬以外の相談があります　→ 詳細は自由記載へ ※該当する項目にチェックマークをお願いします（**複数チェック可**） また、参考となる情報がございましたら、自由記載欄にご記入ください
自由記載	

多職種の皆様からの情報をもとに、患者（利用者）様の医薬品の安全使用のための服薬支援を行います。この相談書を使わなくてもかまいませんので、お薬のことは薬局へ気軽にご相談ください。

【注意事項】

1．薬袋にある薬局名とFax番号をご記入のうえ、調剤元の薬局へ送信して下さい。
　直接お渡ししてもかまいません。

2．薬局への情報提供にあたっては、患者（利用者）様の同意を得てから行うようお願いします。

3．患者（利用者）様の様子をかかりつけの医師や薬剤師等へ相談（報告）することはお薬を安心して使うために大変重要なことです。相談側の不利益となることはありません。

4．相談内容の確認や対応の報告のため、薬局から電話等でお話をおうかがいする場合があります。

（送信元）
施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ＴＥＬ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
【担当者職種】
□ 医師　□ 歯科医師　□ 薬剤師（病院・薬局）
□ 介護支援専門員　□ 訪問看護師　□ 介護福祉士・介護士
□ その他（　　）

送信日：　　年　　月　　日

高知県薬剤師会　在宅服薬支援事業