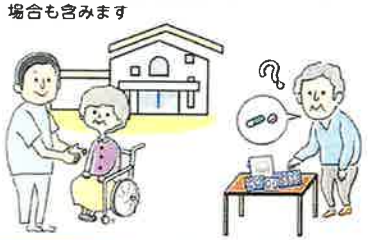
服薬状況が気になる患者さん・利用者さんは
いらっしゃいませんか？
薬局・薬剤師にご相談下さい。

訪問看護師、介護支援専門員、ホームヘルパー等（医療・介護従事者の皆さま）

お薬の飲み忘れ、
飲み残しなどが気になる
患者さん・利用者さんが
いらっしゃる場合

＊患者さんご本人やご家族からの相談がある場合も含みます



かかりつけ薬局・薬剤師へ情報提供

かかりつけ薬局・薬剤師への連携ツールの一つとして、「薬局へのお薬相談書」をご活用ください。

なお、様式の使用の有無は問いません。
お電話でもかまいませんので、お気軽にご相談下さい。


薬局へのお薬相談書
様式イメージ

高知県薬剤師会
ホームページから
ダウンロードできます。



情報共有



かかりつけ医・歯科医

事業目的

医療・介護従事者が連携して、患者（利用者）の服用状況を改善することにより、薬物治療の効果を高めます。

本事業を通して

❶医療・介護従事者と薬局・薬剤師の連携を強化します。

❷安心して在宅医療（療養）ができる環境を整備します。

薬局

- 情報提供者への状況聞き取り
- 状況に応じて患者宅へ訪問（医師の訪問指示の有無によらない）
- 適正な服薬ができていない理由別の対応

▶対応結果は情報提供者（医療・介護従事者）、処方医へ報告します。



高知県薬剤師会　TEL 088-873-6429

薬局へのお薬相談書

送信日：　年　月　日

お薬等についてのお困りごとや相談等がある場合にご利用下さい。他職種の皆様からの情報をもとに、薬の適正使用を目的として、患者（利用者）さんの服薬支援を行います。

【注意事項】

1. 薬袋にある薬局名とFax番号をご記入のうえ、調剤した薬局へ送信するか、若しくは直接お渡しいただいてもかまいません。
2. この相談書により、患者（利用者）さんが不利益を被ることはありません。
3. この相談書に限らず、お電話でも構いません。お気軽にご相談ください。

薬袋にある薬局名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　宛（Fax：　　）

＊　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。

- □　残薬が多く整理ができていない
- □　服薬状況がよくない（飲み忘れ等）
- □　その他（自由記載欄へ）

自由記載

※患者（利用者）名などの個人情報は記入しないでください。

ご相談内容等の確認のため、薬局から電話等でご連絡いたします。

ご所属名：＿＿＿＿＿＿＿＿

ご担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先☎：＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス（任意）：＿＿＿＿＿＿＿＿

希望される連絡方法　□電話　□メール　□その他（　　）

高知県薬剤師会