

「おくすり相談窓口」対応状況連絡票

相談年月日	令和 年 月 日
保険者名(市町村)	<input type="checkbox"/> 国保()・ <input type="checkbox"/> 社保・ <input type="checkbox"/> 後期高齢者・その他()
被保険者年齢	<input type="checkbox"/> 20歳未満・ <input type="checkbox"/> 20代・ <input type="checkbox"/> 30代・ <input type="checkbox"/> 40代・ <input type="checkbox"/> 50代・ <input type="checkbox"/> 60代・ <input type="checkbox"/> 70代・ <input type="checkbox"/> 80歳以上
性別	男性 ・ 女性
通知(はがき)持参の有無	有 ・ 無

※ 下記の該当箇所にチェックして下さい。「その他」にチェックした場合は、概要を御記入ください。

1. 相談内容について(複数回答可)

- 現在服薬中の薬に関する事
- 残薬に関する事
- 減薬に関する事
- 健康に関する事
- その他 ()

2. 相談対応状況について(複数回答可)

重複服薬について

- 服薬内容を確認したが、重複服薬に該当しなかった。
- 重複服薬となっていたお薬の見直しについて助言を行った。
 - 医療機関に情報提供を行った。
 - 重複服薬の状態は解消した(解消予定)

多剤服薬について

- 服薬内容を確認したが、多剤服薬に該当しなかった。
- 多剤服薬となっていたお薬の見直しについて助言を行った。
 - 医療機関に情報提供を行った。
 - 多剤服薬の状態は解消した(解消予定)

その他助言等について

()

「おくすり相談窓口」対応状況を上記のとおり連絡します。

令和 年 月 日

薬 局

薬剤師名