

## 【くすりの困りごと 相談シート】



相談日 令和 年 月 日

相談者所属・氏名・連絡先 (事業所・部署名)	事業所名： 氏名： TEL： FAX：
職種 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 認知症地域支援推進員 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他 ( )
回答希望日	令和 年 月 日までに回答希望

<下記の相談があります>

利用者情報	居住地： 町 年齢： 歳 性別： 男 ・ 女
かかりつけ薬局(該当に☑)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (薬局名： )
相談内容  該当するものに☑をつけて ください (複数選択可)  ☑←コピーしてください	<input type="checkbox"/> 1. 薬を飲み忘れてしまう <input type="checkbox"/> 2. 薬が飲みにくくなっている <input type="checkbox"/> 3. 薬を拒否する。自己中断する <input type="checkbox"/> 4. 薬の副作用が心配 (具体的な副作用： _____) <input type="checkbox"/> 5. 薬が余ってしまった、または足りなくなってしまった <input type="checkbox"/> 6. 薬の種類が多すぎて、飲み合わせが心配 <input type="checkbox"/> 7. たくさんの薬を飲んでいるが、本当に必要なのだろうか？ (医療機関 _____ 件 合計 _____ 種類内服) <input type="checkbox"/> 8. その他の相談、または1～7の詳細

**【注意】**

薬局の連絡先は右側 QR コードにてご確認ください。

