



ご家族または医療・介護に携わる多職種の方へ

【 薬剤師対応依頼シート 】

「薬の管理が難しい」、「飲み忘れて余ってしまう」、多剤服用などお薬に関してお困りのことをお書き下さい。当会の会員薬局あて送信ください。

但し、かかりつけの薬局を決めておられる患者様の場合、まずはそちらにご連絡下さい。

年 月 日

ご依頼者様情報

お名前	患者様とのご関係
ご連絡先電話番号	(折り返しご連絡致します)

患者様情報

ご住所

薬剤師に依頼したい事 (複数選択可能)

在宅訪問・薬の一元管理・残薬整理・剤型変更・お薬相談・その他()

相談内容(困っていること) できるだけ具体的にお書き下さい