

FAX 番号：47-5298 【送付状不要】  
メール：toyo-ph@theia.ocn.ne.jp

記入例

令和2年4月1日

一般社団法人豊橋市薬剤師会長

担当者は実際に担当されている方（ケアマネ等）のお名前を記載してください

申請者 事業所名 ○○居宅介護支援事業所  
担当者名 豊橋花子  
住 所 駅前大通1番地  
電話番号 0532-51-0000

訪問お薬相談業務申込書

下記の利用者へ訪問お薬相談業務の実施をお願いします。

記

利用者情報

年齢	84	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 女	町名	今橋町
住まい	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ世帯 <input checked="" type="checkbox"/> その他（息子家族と同居）					

訪問者

氏名	豊橋花子	職種	ケアマネ
----	------	----	------

同行を希望する薬局

希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
薬局名	豊橋薬局	

同行希望の薬局がある場合は記入してください  
無い場合は記入不要です

受付日	受付番号	派遣者	
		薬局名	薬剤師名

## 訪問お薬相談業務に関する同意書

私は、豊橋市薬剤師会および介護保険指定事業者が行う事業の実施に当たり、状況を把握する必要があるときは、必要な範囲で関係する者に情報を共有（「東三河ほいっぷネットワーク」を含む）することに同意します。

令和2年4月1日

住所 豊橋市今橋町 1 番地

対象者本人氏名 今橋順子

本人の署名が難しい場合の代筆者（ご家族等）

代筆者氏名 今橋太郎 （続柄： 子 ）