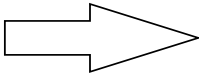


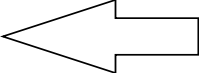
薬剤師向け情報連絡票

居宅介護支援事業所

その他 ()

事業所名： _____ (月 日) 薬局名： _____

担当者： _____  担当者： _____

TEL： _____  TEL： _____

FAX： _____ FAX： _____

(月 日)

お世話になります。

以下、情報を提供します。よろしくお願い申し上げます。

利用者氏名： _____ 様		※該当する□にレを入れてください。 ※適宜余白に詳細をご記入ください。
生年月日： _____ 年 月 日		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 薬が大量に余っている <input type="checkbox"/> 指示通り服薬できない <input type="checkbox"/> 服薬を拒絶している <input type="checkbox"/> その他	
健康状態	身体状況 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> えん下機能低下 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 日中傾眠 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 認知機能	
活動(ADL)	<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> その他		

確認をお願いします

返信をお願いします