

薬局への在宅支援依頼書

※記入後、受付窓口の久留米三井薬剤師会までFAXいただき、直接電話にてご連絡下さい

(F A X送信先 0 9 4 2 - 3 6 - 7 7 9 1)

希望する薬局支援サービス	<input type="checkbox"/> 在宅支援 ・ <input type="checkbox"/> かかりつけ薬局 (かかりつけ薬剤師の契約)		
	<input type="checkbox"/> 事例相談のみ(在宅に至らない可能性があっても相談できます)		
送信日	平成 年 月 日 ()		
依頼施設名			
連絡先電話番号		担当者氏名	

◆患者情報◆

患者性別	<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性	年 齢	歳
お住まいの住所 (番地不要)			
かかりつけ薬局の有無	<input type="checkbox"/> 有 (薬局名:) ・ <input type="checkbox"/> 無		
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 申請中		
主な疾患名			
訪問指示を出す医療機関名			
患者さんの状況 (その他)			
訪問開始予定日			

※下記は薬剤師会が記入する欄です。

薬局名	
担当薬剤師氏名	
薬局電話番号	
依頼施設への回答日	平成 年 月 日 ()

(一社)久留米三井薬剤師会
福岡県久留米市通町6番地4
TEL 0942-36-7790
FAX 0942-36-7791

事務局担当者