

この通知をお受取りの皆様へ

この用紙はかかりつけ医又はかかりつけ薬局にお渡しください。

医療機関及び薬局の皆さまへ

大変お手数をおかけしますが、対象者から相談があった際のご対応状況を下記様式によりお知らせください。

◆ 相談対応いただいた機関はどちらでしょうか ⇨ 医療機関 薬局

◆ 「服薬情報のお知らせ」を持参された方へのご対応状況について（複数回答可）

- ⇨ 服薬内容の調整が必要と考え処方内容の調整を行った
（具体的には→ 減薬調整を行った その他の調整を行った）
 薬局で相談をするよう助言した（予定を含む）
➔ この用紙を含む一式を持って、かかりつけ薬局に相談するようご指導ください。
 薬局において医療機関との調整を行った（予定を含む）
 現段階では服用内容の調整は必要なかった
 その他の助言を行った（ ）

◆ 訪問による服薬状況確認等支援の要否について

- ⇨ 訪問指導が必要
➔ 訪問について対象者の同意を確認してください。（裏面へ）
 特に必要ない
➔ 下記※の医療機関等記載欄に記載いただき、広域連合へFAXしてください。

※【医療機関等（医療機関・薬局）記載欄】

FAX（広域連合）：099-206-1395

	相談を受けた医療機関・薬局
相談年月日	年 月 日
医療機関・薬局名	
電話番号	

医療機関又は薬局の皆さまへ

対象者の服薬状況や聞き取りにより、訪問による服薬状況や残薬等の確認支援等が必要と御判断された場合は、下記の「適正服薬支援事業の訪問指導に係る同意書」の内容を対象者にご説明のうえ、同意が得られた場合は、対象者（ご本人またはご家族）に日付・署名欄へ記入してもらうよう、お取り計らいいただくと幸いです。

なお、訪問指導を行う薬剤師は、県薬剤師会を通じてこちらで手配いたします。

署名後は、表面のみを広域連合へFAX(099-206-1395)し、
電話(099-206-1329)で対象者についてご連絡ください。
また、この用紙については、後日、県薬剤師会又は広域連合へ提出して
いただきますが、提出方法については、お電話にてご案内いたします。

適正服薬支援事業の訪問指導に係る同意書

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、下記の事項について同意します。

- 「服薬情報のお知らせ」等の個人情報について、訪問指導を行う薬剤師及び市町村に提供すること。
- 薬剤師や市町村訪問指導従事者が自宅を訪問すること。

令和 年 月 日

署 名

(※ご家族が希望される場合)

ご家族署名

(本人との続柄:)