

この通知をお受け取りの皆様へ

この用紙は、かかりつけ医またはかかりつけ薬局へお渡しください。

**受け取られた医療機関または薬局の方へ**

大変お手数をおかけしますが、相談対応結果の報告にご協力ください。

この用紙は、後期高齢者の適正服薬に関する被保険者からの相談結果を、鹿児島県後期高齢者医療広域連合に対してFAXにてご報告いただくものです。

相談当日のご対応が難しい場合は、令和7年1月までにご対応いただけますようご協力をお願いします。

後期高齢者の適正服薬支援事業に係る相談報告**1 相談対応をされた医療機関名または薬局名をご記入ください。**

医療機関名・薬局名	
電話番号	
相談年月日	

2 相談対応結果を教えてください。（複数回答可）

- ☐ 減薬調整した
- ☐ その他の調整をした
- ☐ 現段階では調整の必要はなかった
- ☐ 薬局において、医療機関との調整を行った（予定を含む）
- ☐ 薬局で相談するよう助言した（予定を含む）
→この広域連合から届いた用紙一式を持って薬局に相談するようご指導ください。
- ☐ その他
()

3 ご自宅への訪問による服薬確認の要否について教えてください。

- ☐ (1) 訪問の必要はない場合



広域連合にFAX送信してください。これで報告終了です。
FAX番号：099-206-1395

- ☐ (2) 訪問が必要である場合



広域連合から確認のため、貴機関にお電話いたします。

- ①貴機関にお電話していい時間帯を教えてください。()
- ②確認の際にご対応いただける方のお名前を教えてください。()

広域連合にFAX送信後、裏面へお進みください。
FAX番号：099-206-1395

- 電話：099-206-1329

(ご本人との続柄：)

この通知をお受け取り

この用紙は、かか

対象者の通知番号を記入してください

ださい。

番号は、服薬情報のお知らせの住所欄上に記載

受け取られた医療機関

大変お手数をおかけし
この用紙は、後期高齢
者医療広域連合に対し
相談当日のご対応が難
しくお願いします。

B01-0001

〒123-4567

鹿児島県〇〇市〇〇町1-23-456

広域太郎 様

|||||

#100001

、鹿児島県後期高

ますようご協力を

後期高齢者の適正服薬支援事業に係る相談報告

1 相談対応をされた医療機関名または薬局名をご記入ください。

医療機関名・薬局名	
電話番号	
相談年月日	

赤枠の中を記入して
ください

2 相談対応結果を教えてください。(複数回答可)

- ☐ 減薬調整した
☐ その他の調整をした
☐ 現段階では調整の必要はなかった
☐ 薬局において、医療機関との調整を行った(予定を含む)
☐ 薬局で相談するよう助言した(予定を含む)
→この広域連合から届いた用紙一式を持って薬局に相談するようご指導ください。
☐ その他
()

チェックをしてください

3 ご自宅への訪問による服薬確認の要否について教えてください。

- ☐ (1) 訪問の必要はない場合

→ 広域連合に F A X 送信してください。これで報告終了です。

F A X 番号 : 099-206-1395

どちらかひとつのみチェックをしてください

- ☐ (2) 訪問が必要である場合

→ 広域連合から確認のため、貴機関にお電話いたします。

①貴機関にお電話していい時間帯を教えてください。()

②確認の際にご対応いただける方のお名前を教えてください。()

広域連合に F A X 送信後、裏面へお進みください。

F A X 番号 : 099-206-1395

赤枠の中を記入してください