

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又は薬局の方へ

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によりご報告いただくものです。この用紙は相談者に返さず、医療機関又は薬局で処分等をお願いします。

相談当日のご対応が難しい場合は、令和8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 相談対応の結果、自宅への訪問による服薬確認が必要か否か教えてください。☐ (1) 「訪問の必要はない」場合

広域連合にこの様式1(表面)をFAXしてください。これで終了です。
FAX番号：099-206-1395

☐ (2) 「訪問による確認が必要」な場合

広域連合にこの様式1(表面)をFAXしてください。

※FAX受領後、広域連合から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

(連絡先：ご本人・ご家族)