**おくすりスッキリ相談書**

**別紙４**

お薬について相談がある場合にご利用下さい。皆様からの情報をもとに、薬の適正使用を目的として、患者（利用者）さんの服薬支援を行います。

１．薬袋に印刷されている薬局名とFAX番号を記入し、調剤した薬局へ送信してください。

調剤した薬局へ直接お渡しいただいても構いません。

２．薬局への情報提供に際しては、患者（利用者）さんの同意を得て下さい。

３．この相談書により、患者（利用者）さんが医師や薬剤師から咎められる等の不都合な状況には決してなりませんので、ご安心下さい。

４．この相談書を使用しなくても構いません。お薬のことは、お気軽にご相談下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 薬袋にある薬局名：　　　　　　　　　　　　　　　 | FAX：　　　　　　　　　　 |

　　　必ずチェックおねがいします。

|  |
| --- |
| □　**患者（利用者）さんの同意を得ています。**患者（利用者）氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 |
| 　相談内容にチェックをお願いします。（複数チェック可）□　お薬が残っています。　　　□　調剤してもらった薬局に持参するよう、お伝えしました。　　　□　残薬が多く整理ができていないので、対応をお願いします。　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□　残薬以外の相談があります。詳細は自由記載欄へ |
| 自由記載欄 |

　相談内容の確認や対応のフィードバックのため、薬局から電話などで直接話をお伺いする場合があります。

|  |
| --- |
| 送信日：　　　年　　月　　日ご所属名：ご連絡先℡：ご担当者：【ご担当者職種　チェックお願いします】□医師　　　　　　□歯科医師　　　□薬剤師□介護支援専門員　□訪問看護師　　□介護福祉士・介護士□その他（　　　　　　　　　　　　） |

奈良県・（一社）奈良県薬剤師会