平成３０年度中津地区における薬局薬剤師の在宅業務推進事業

様式2

**「薬剤師のおためし訪問」に関する連絡票**

連絡日　: 平成　　　年　　　月　　　日

【宛先】

医療機関名

氏　　　名　　　　　　　　　　　　先生　御侍史

事 業 所名

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　様

【発信】

薬局名:

住　所:

電　話:　　　　　　　　FAX:

職　名:

氏　名:

日頃より大変お世話になっております。

先程お電話させていただきました、平成３０年度中津地区における薬局薬剤師の在宅業務推進事業により、下記患者さま宅を訪問させていただきたく、ご連絡申し上げます。

なお、訪問終了後は、実施報告書により、訪問内容についてご報告申し上げますので、よろしくお願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | T･S･H　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住　所 |  | | | |
| 具体的な課題 |  | | | |
| 在宅医療関係者及び  患者さまから  薬剤師への要望 |  | | | |
| 訪問担当薬剤師氏名 |  | | | |