

記載例

平成 29 年度「患者のための薬局ビジョン推進事業」
「薬剤師のおためし訪問」に関する連絡票

連絡日：平成 29 年 11 月 1 日

【宛先】

医療機関名	松本クリニック		
科名			
氏 名	松本 花子	先生	御侍史
FAX 番号	0263-00-0000		

【発信】

薬局名:	県薬薬局		
住 所:	松本市旭 2-11-20		
電 話:	0263-11-1111	FAX:	0263-22-2222
職 名:	薬剤師		
氏 名:	県薬 太郎		

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 29 年度「患者のための薬局ビジョン推進事業」（長野県委託事業）「薬剤師のおためし訪問」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。

患者さま氏名	旭町 次郎	男・女	生年月日	T・S・H 3 年 3 月 3 日 （ 89 歳）
住 所	松本市旭 2-10-15			
具体的な課題	服用する種類、錠数が多く、服薬コンプライアンスが不良になっているため、服薬環境を実際に見て、生活に沿った服薬支援を行う。			
在宅医療関係者 及び 患者さまから 薬剤師への要望	飲み残した薬の確認、調整			
訪問担当薬剤師氏名	県薬 太郎			