

# 対応記録及び連絡票

記載日 平成 年 月 日

TO: 訪問日 平成 年 月 日

対応薬局	住所
担当薬剤師名	TEL : FAX
	e-mail :

患者氏名:	男・女	住所
生年月日(T S H )	年 月 日 ( )歳	電話番号

概況	独居 夫婦世帯 親子同居等	担当ケアマネジャー:
		現在利用サービス等

現在の処方内容	他科受診・併用薬
---------	----------

残薬の状況	残薬の原因
-------	-------

訪問時の状況または対応事項
---------------

連携希望事項
--------

連絡事項	【通信欄】
次回訪問予定日:	