**＿＿＿＿＿＿薬局御中**

**薬局へのお薬相談書**

お薬について相談がある場合にご利用ください。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）様の服薬の支援を行います。

**【注意事項】**

１、薬局名をご記入の上、調剤してもらった薬局へ送信してください。

２、薬局への情報提供に際しては、患者（利用者）様の同意を得てください。

３、この相談書を用いなくても構いませんので、お薬のことはお気軽にご相談ください。

　□この相談は患者（利用者）様の同意を得ています。

**対象患者（利用者）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様**

※対象患者名は記入しなくても構いませんが、その場合は薬局よりお電話させて頂きます。

該当する項目にチェックマークをお願いいたします。（複数チェック可）

また、参考となる情報がございましたら、自由記載欄にご記入ください。

　　□**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に、お伝えしました。

□残薬が多く整理ができていないので、対応をお願いいたします。

□その他（自由記載）

　　　**□残薬以外の相談があります**

**(　　　　　　　　　　　　　)**

　送信日　平成　　年　　月　　日　　　　　 　所属名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご職業＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**一般社団法人**　**山口県薬剤師会　保険薬局部会**