【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式３（薬剤師・薬局　⇒　主治医）※様式２を添付

令和　　　年　　　月　　　日

※患者情報の整理のため、薬局で記載

|  |  |
| --- | --- |
| 患者番号 |  |

『薬剤師のおためし訪問』医師への事前連絡票

医療機関名

科　　　名

氏　　　名　　　　　　　　　　　 先生 御侍史

薬 局 名

　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　氏　　名

　日頃より大変お世話になっております。

　お電話させていただきました、令和５年度福島県医療介護総合確保基金事業の『薬剤師のおためし訪問』事業につきまして、別紙依頼に基づき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、よろしくお願いいたします。