			i i i		
	(記入日: 年		i —	- 卜 (記入日: 年	
発信(どこから)		宛先(どこへ)	発	信(どこから)	宛先(どこへ)
□薬局 □医療機関 □訪看		□薬局 □医療機関 □訪看	┃ ┃ □薬局 □医療機関 □訪看		□薬局 □医療機関 □訪看
□ケアマネ □地域包括支援センター		□ケアマネ □地域包括支援センター	ロケアマネ	□地域包括支援センター	□ケアマネ □地域包括支援センター
口本人 口家族		口本人 口家族	□本人 □	家族	口本人 口家族
連絡事項			□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
記入者	氏名:	機関名:	記入者	氏名:	機関名:
(担当者)	職種:	TEL:	(担当者)	 職種:	TEL:
	141 152 153 154 155	FAX:		戦性: 	FAX:
		作成:佐倉市薬剤師会・佐倉市			作成:佐倉市薬剤師会・佐倉市
	(記入日: 年	月 日)	¬ ! 	年 - ト (記入日: 年 :信(どこから)	月 日) 宛先(どこへ)
	(記入日: 年 医療機関 口訪看	月 日)	発		
□薬局 □			発 □薬局 □	信 (どこから)	宛先 (どこへ)
□薬局 □	医療機関 口訪看 口地域包括支援センター	□薬局 □医療機関 □訪看	発 □薬局 □	信(どこから) 医療機関 口訪看 口地域包括支援センター	宛先 (どこへ) □薬局 □医療機関 □訪看
□薬局 □	医療機関 口訪看 口地域包括支援センター	□薬局 □医療機関 □訪看 □ケアマネ □地域包括支援センター	発 □薬局 □ □ケアマネ	信(どこから) 医療機関 口訪看 口地域包括支援センター	宛先 (どこへ) □薬局 □医療機関 □訪看 □ケアマネ □地域包括支援センター
□薬局 □ □ケアマネ □本人 □	医療機関 口訪看 口地域包括支援センター	□薬局 □医療機関 □訪看 □ケアマネ □地域包括支援センター □本人 □家族 機関名:	発 □薬局 □ □ケアマネ □本人 □	信(どこから) 医療機関 口訪看 口地域包括支援センター	宛先 (どこへ) □薬局 □医療機関 □訪看 □ケアマネ □地域包括支援センター □本人 □家族 機関名:
□薬局 □□ケアマネ□本人 □	医療機関 □訪看 □地域包括支援センター 家族	□薬局 □医療機関 □訪看 □ケアマネ □地域包括支援センター □本人 □家族	発 □薬局 □ □ケアマネ □本人 □ ■ 連絡事項	信(どこから) 医療機関 □訪看 □地域包括支援センター 家族	宛先 (どこへ) □薬局 □医療機関 □訪看 □ケアマネ □地域包括支援センター □本人 □家族