

令和8年5月18日

一般社団法人 朝霞地区薬剤師会
会長 大八木 実 様

和光市長 柴崎 光子

「専門職(栄養・口腔ケア)訪問・相談事業」における
貴会所属薬局への情報提供について

時下、貴職におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、当市では高齢者の生活の質の向上や、さらなる健康寿命の延伸を目的とし、自立した生活を営む後期高齢者で、栄養や口腔についてリスクのある方を対象に、管理栄養士及び歯科衛生士が対象者のお宅を訪問して健康相談などを行う「専門職(栄養・口腔ケア)訪問・相談事業」を実施します。

本事業では、専門職が訪問した際に、服薬に関して指導(重複、残薬など)が必要であると思われる対象者に対して薬局(薬剤師)による服薬指導等を行うこととしております。

つきましては、本人の同意を得た上で、受託事業者(特定非営利活動法人ぽけっとステーション)から、市内の貴会所属薬局に対して別添の「情報提供書」により対象者の情報を提供いたしますので、服薬指導等について特段のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

【問い合わせ先】

和光市保険年金課

年金後期高齢者医療担当 青木 古屋

電話:048-424-9151

和光市後期高齢者医療制度事業における情報提供書

年 月 日

様

この情報提供書は、和光市後期高齢者医療制度事業において、担当の薬剤師が業務にご活用していただくことを目的に、作成された書式です。必要に応じて情報提供や助言を、ご返信いただければ幸いです。
※この情報提供については、本人から同意を頂いております。

事業者 和光市
委託事業者 まちかど健康相談室
NPOぽけっとステーション
住所 埼玉県和光市丸山台3丁目12番12号
志幸75MANDARIN和光403
TEL 048-465-8833
FAX 048-465-8838
E-mail n-poke184@nifty.com
担当者

本人情報

利用者氏名		男 女	生年月日	
住所				
備考		本人コード番号		

ご本人の病歴・現疾患・主治医からの指示等

--

ご本人の生活状況・服薬状況等

--

ご本人のご要望等

--

※ この情報提供書を薬局に提供し、薬局が行った内容について、ぽけっとステーションに情報提供することを了承します

署名

和光市後期高齢者医療制度事業における情報提供書

返信①

ご担当者

薬局名
連絡先
担当者名



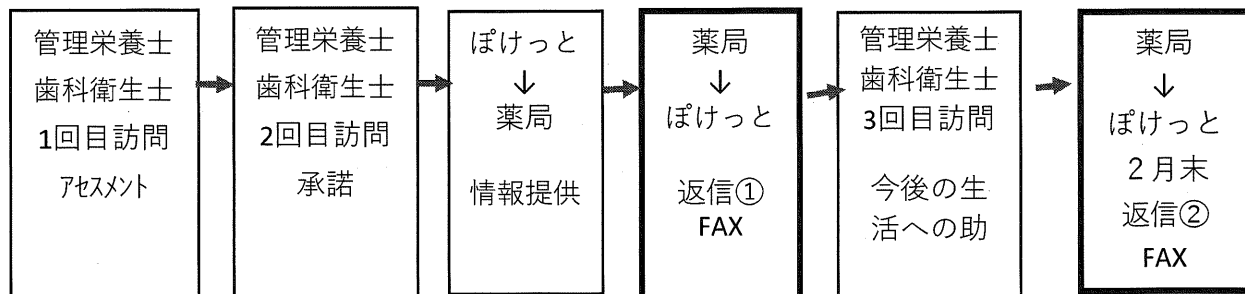
NPO法人ぽけっとステーション
担当者名
FAX 048-465-8838
MAIL n-poke184@nifty.com

<和光市高齢者医療制度事業の流れ>

- 和光市内の対象者にぽけっとステーションが連絡を取り、管理栄養士又は歯科衛生士が訪問
- ⇒事業について説明承諾後、アセスメントし、食生活や口腔について予防できることを対象者に情報提供
- ⇒アセスメント時に、残薬や服薬困難等についての情報を得られた場合、薬剤師への情報提供の可否を対象者に説明し承諾を得る
- ⇒1ヶ月に1回、3か月訪問します。情報提供書の承諾は2回目訪問時にいただきます
- ⇒ぽけっとステーションから薬局に情報提供（下図参照）

- 本人が薬局に来たときに、ご活用いただければ幸いです
- 担当栄養士や包括にお伝えいただける情報がありましたら、下記に記入しFAXにてご返信ください(返信①)
- 状況把握のため、活用内容をご記入のうえ、R年 月 日までの返信に御協力下さい(返信②)

※ 個人情報取扱のため、利用者名は「本人コード番号」を記入しています



様の情報等がありましたら、3回目訪問()までに下記に記入し、

FAXまたはメールでご返信ください

《メモ》

ご担当者

薬局名
連絡先
担当者名



NPO法人ぽけっとステーション
担当者名
FAX 048-465-8838
MAIL n-poke184@nifty.com

様について、薬局がおこなったご対応等をご記入ください(①②)。③④は事業についてご記入ください

※経過を追っていただき記入していただき、月 日～ 日にご返信ください

① 情報提供の内容について、本人と話しましたか? はい (下記に状況や内容記入) ・ いいえ

[]

② 情報提供によって、変化はありましたか? はい (下記に状況や内容記入) ・ いいえ

[]

③ 今後も情報提供は活用したいと思いますか? はい ・ いいえ (どちらも理由を記入)

[]

④ その他、今回の情報提供のやりとりについて、ご意見ご要望等ありましたら、ご記入ください

[]

様

事業者	和光市
委託事業者	まちかど健康相談室 NPOぽけっとステーション
住所	埼玉県和光市丸山台3丁目12番12号 志幸75MANDARIN和光403
TEL	048-465-8833
FAX	048-465-8838
E-mail	n-poke184@nifty.com
	管理栄養士

和光市後期高齢者医療制度事業において、本人から同意を頂き情報提供を致しました。管理栄養士、歯科衛生士が訪問した際の助言内容や、経過をご報告致します。

本人情報; コード番号

訪問期間; 管理栄養士 YYYY.MM.DD～. 歯科衛生士 YYYY.MM.DD～.

管理栄養士による助言と経過

→

→

歯科衛生士による助言と経過

→

→

→

※情報の返信をいただいた内容についてYYYY/MM/DD

歯科衛生士 よりご本人にお伝えしました。

伝達内容

→ 本人からの返答

情報提供において、ご協力ありがとうございました。

訪問を実施した方には、月～ 月ごろ電話をし、その後のご様子を伺う予定です。

共有する事項がありましたら、ご連絡いたします。

以上