**提出日：令和　　年　　月　　日**

**薬局名：　　　　　　　　　　氏名：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **施　設　名** | **名称・住所** | **勤務薬局との連携の有無** |
| **地域包括支援センター** |  | **あり　 なし** |
| **在宅療養支援診療所** |  | **あり 　なし** |
| **訪問看護ステーション** |  | **あり　 なし** |
| **居宅介護支援事業所** |  | **あり　 なし** |
| **認知症疾患医療センター** |  | **あり　 なし** |
| **認知症サポート医** |  | **あり　 なし** |

**２．勤務薬局周辺の地域包括支援センターについて調査してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **自地域の地域包括支援センターの**  **１．構成職種とその人数**  **２．センターの役割**  **を記載してください。** | **１．**  **２．** |
| **地域ケア会議の開催場所・頻度** |  |

**３．自治体の取り組みの理解**

**勤務薬局のある市町村の「第8期介護保険事業計画」を読み、当該自治体の重点施策を記載してください。**

**不明な場合は、 市町村介護保険課、市町村介護保険課、医師会、地域包括支援センターへ問い合わせ、もしくは「ハートページ」、「各自治体ホームぺージ」等インターネットを検索してください。**

* **記載内容が多い場合は適宜ページ数を増やしても構いません。**