かかりつけ薬剤師についての説明書および同意書

当薬局では、かかりつけ薬剤師が処方医と連携して、患者様の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で、服薬指導を行う業務を提供しています。患者様が、かかりつけ薬剤師をもっていただくことにより、有効で安全な薬物治療をうけていだだくことが出来ます。

なお、このかかりつけ薬剤師の同意を断っても、患者様の不利になることはありません。

**わたしたちは　患者様にとって　より安心で信頼できるかかりつけ薬剤師を目指します**

【かかりつけ薬剤師の役割】

○処方医と連携して安心安全な薬物治療を提供します。

○他の医療機関・薬局で処方されたり、購入された医薬品、健康食品についても飲み合わせ等確認します。

○緊急時のお問合せは、24時間対応しています。

時間外連絡先　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【かかりつけ薬剤師氏名】

患者様の同意を得た上で「かかりつけ薬剤師指導料」を、次回より算定させていただきます。

管理薬剤師氏名：

 薬局名：

〒

 TEL：

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

かかりつけ薬剤師について説明を受けました。

服薬情報が各連携医療機関で共有されることに同意します。

《同意欄（本人または家族）》

ご署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(続柄)

日　付　：平成　　年　　月　　日

※複写してください。