

薬剤師のおためし「訪問」に関する同意書 (訪問に関して)

本事業は、薬局薬剤師とケアマネジャーを中心とした在宅ケアに関わる他職種との連携を強化して、薬学的管理を必要とする利用者さまに関する情報を共有するとともに、同意を得て利用者さま宅訪問を行い、在宅ケアにおける服薬に関して利用者さまの支援を図ることを目的として実施します。

「薬剤師のおためし訪問」(平成 29 年度「患者のための薬局ビジョン推進事業」多職種連携による薬剤師・薬局の在宅医療サービス推進事業(山形県委託事業))の実施にあたり、私の個人情報については、必要最低限の範囲でケアマネジャーを通じて担当薬局薬剤師に提供・紹介することに同意します。

平成 年 月 日

利用者 住所

氏名

利用者代理 住所
(利用者が記入できない場合)

氏名

「薬剤師のおためし訪問」にあたって、希望することがありましたらご記入下さい。

※ 原本はケアマネジャーさんが保管していただき、山形県薬剤師会へ FAX(023-632-5196)をお願いします。