平成３０年度中津地区における薬局薬剤師の在宅業務推進事業

様式１-２

**「薬剤師のおためし訪問」に関する同意書**

(患者さま⇒在宅医療関係者)

本事業は、薬局薬剤師と在宅医療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患者さまに関する情報を共有するとともに、同意を得て患者さま宅訪問を行い、在宅医療において服薬に関して患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30年度中津地区における薬局薬剤師の在宅業務推進事業)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訪問看護師又はケアマネジャーを通じて中津薬剤師会に紹介し、担当薬剤師・薬局へ提供することに同意します。

平成　　年　　月　　日

　　利　用　者　　住所

　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　利用者代理　　住所

(利用者が記入できない場合)

　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

「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。

※原本は在宅医療関係者様が保管していただき、コピーを在宅業務可能薬局に提供して下さい。