【多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業】

様式1（患者さま　⇒　【ケアマネ・訪看等　⇔　薬剤師・薬局】）

※患者情報の整理のため、薬局で記載

|  |  |
| --- | --- |
| 患者番号 |  |

『薬剤師のおためし訪問』に関する同意書

【事業期間：令和4年10月～令和5年2月まで】

　一般社団法人福島県薬剤師会が「令和4年度福島県地域医療介護総合確保基金事業」において、「多職種連携による薬局・薬剤師の在宅医療サービス推進事業」として実施する『薬剤師のおためし訪問』について、私の個人情報を必要最低限の範囲で利用することに同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

利用者名　　　住　所

　　　　　　　　氏　名

　　　生年月日　　　　　　　　　　性別　　男 ・ 女　　電話番号

　　　　　　　　（代理記入の場合）代理者氏名　　　　　　　　　　　　　　（続柄）

１　事業の目的

　　この事業は、在宅医療に薬剤師が関わり、薬の管理（飲み忘れや飲み残しなど）に関する提案や、薬の効果が生活に悪い影響を与えていないか等の観察を行うことにより、薬学的観点から在宅医療における患者さまの生活の質の向上を目指して実施します。

２　個人情報を使用する目的

　⑴　事業を円滑に進めるために必要となる他職種への情報提供

　⑵　事業を実施したことによる効果の検証や報告書の作成のために行う福島県薬剤師会及び関係機関への情報提供

３　提供する情報

　　氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号、利用医療機関等

４　使用にあたっての条件

　⑴　得られた情報は、この事業に関わる者のみがデータを閲覧できるものとします

　⑵　この事業で知り得た個人情報は、法律の規定がある場合等の例外を除き、明示した目的以外には使用しません

５　事業終了後の個人情報の取扱いについて

　　事業終了後は、個人が特定される資料等はシュレッダーにかけて廃棄し、電子媒体については消去します

　※この用紙は、「実施依頼書・確認書（様式2）」を薬局にお送りいただく際、または他職種から聞取りを行う際にお送りください。

原本はケアマネ・訪看または薬局にて保管してください。

薬局名：