【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　→　薬剤師）

※患者情報の整理のため、薬局で記載

|  |  |
| --- | --- |
| 患者  番号 |  |

『薬剤師の同行訪問事業』に関する同意書

【事業期間：平成30年12月～平成31年2月まで】

　一般社団法人福島県薬剤師会が「平成30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『薬剤師の同行訪問』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。

平成　　　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、在宅医療の経験の浅い薬剤師と在宅医療の経験豊富な薬剤師が同行して患者さまのお宅を訪問し、薬剤管理・服薬管理等を行うことにより、在宅医療における経験の浅い薬剤師のスキルアップ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等への情報提供

　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

　　　※原本は薬局にて保管してください。

薬局名：