**かかりつけ薬剤師同意書**

**薬局**

患者さんの「かかりつけ薬剤師」として、安心して薬を使用していただけるよう、複数の医療機関にかかった場合でも処方箋をまとめて受け付けることで、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握し、薬の飲み合わせの確認や説明を行っています。こうした取組を通じ、多職種と連携することで患者さんの安心・安全や健康に貢献します。

次の内容を薬剤師が説明いたしますので、同意していただける場合はご署名ください。

《かかりつけ薬剤師が実施すること》

|  |
| --- |
| 1. 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。 2. お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。 3. お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。 4. 処方医や地域の医療に関わる他の医療者（看護師等）との連携を図ります。 5. 開局時間内／時間外を問わず、お問い合わせに応じます。 6. 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。 7. 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。 8. 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。 9. 在宅での療養が必要な場合でも、継続してお伺いすることができます。 |

**指名することにより発生する費用**

・かかりつけ薬剤師指導料　　点に要する費用は、　　割負担の場合約　　円です。

注）現在のご負担（薬剤服用歴管理指導料）との実際の差額は、約　　円または約　　円程度の増となります。

・かかりつけ薬剤師包括管理料　　点は　　割負担の場合　　円ですが、調剤基本料と調剤料のご負担は生じません。

注）かかりつけ薬剤師包括管理料は、医療機関で地域包括診療料／加算等が算定されている方が対象です。

・かかりつけ薬剤師が対応できない時は、薬剤服用歴管理指導料　　点または　　点を算定します。

《かかりつけ薬剤師に希望すること》（患者記入欄）

□　他の医療関係者との連携

□　飲み残した場合の薬の整理

□　調剤後のフォロー

□　在宅療養が必要になった場合の対応

|  |
| --- |
| □　薬の一元的・継続的な把握  □　薬の飲み合わせなどのチェック  □　薬に関する丁寧な説明  □　時間外の電話相談  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**薬剤師名（　　　　　　　　　　）**

薬剤師による説明を理解し、上記薬剤師がかかりつけ薬剤師になることに同意します。

　　年　　月　　日

お名前（ご署名）：