

かかりつけ薬剤師指導料（かかりつけ薬剤師包括管理料）について <お願い>

〇〇薬局 開設者 〇〇 〇〇

当薬局では、安心して薬を使用していただけよう、患者さんの「かかりつけ薬剤師」として、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握する取り組みを行っています。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。

《当薬局が実施すること》

1. 安心して薬を使用していただけよう、患者さんが使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
2. 当薬局で調剤した薬の説明や指導は、薬剤師の_____が担当します（かかりつけ薬剤師）。
3. お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
4. 処方医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. 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
7. 残薬の整理をお手伝いします。
8. 次回から、かかりつけ薬剤師指導料（または、かかりつけ薬剤師包括管理料^注）を算定します。

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。

※各項目の詳細は、別紙（患者さんへのお願い）をご覧ください。

薬剤師による説明を理解し、かかりつけ薬剤師による服薬指導を受けることに同意します。

平成 年 月 日

お名前（ご署名）： _____

