

お薬情報共有システム閲覧同意書

私は、お薬情報共有システムに関して、その目的及び利用方法、個人情報の取り扱い等（『事業推進における個人情報取扱い等方針』参照）について理解しましたので、私の調剤情報（過去データを含む）が一般社団法人 酒田地区薬剤師会に参加する保険薬局で閲覧・チェック等に活用されることに同意し、申し込みます。

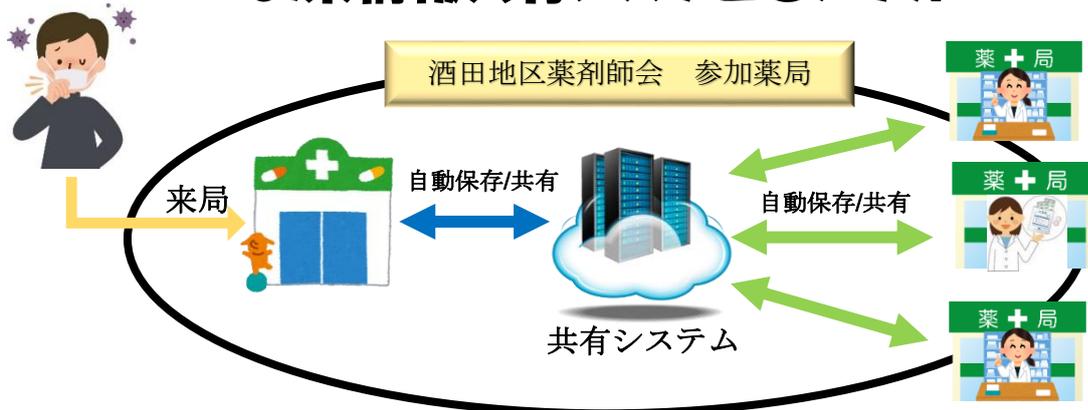
※ この同意書を撤回したい場合には、撤回届出書を参加保険薬局に提出願います。

申 込 年 月 日	令和	年	月	日	
フリガナ					
患者氏名（自署）				性別	男 ・ 女
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日	
住 所	〒			電話番号	
代理人記載の場合 代理人氏名（自署）				続 柄	

※署名は可能な限りご本人がしてください。

但し、本人では署名が困難な場合については代理人による署名が可能です。

お薬情報共有システムとメリット



お薬情報共有システムとは

お薬情報共有システムは、一般社団法人酒田地区薬剤師会に参加する薬局間※で、患者さんに調剤されたお薬情報を共有するものです。情報の共有には患者さんの同意が必要です。

※一部未導入の薬局あり。参加薬局は『包括的同意対象参加協力機関一覧』をご覧ください。

お薬情報共有システムを利用するメリット

- お薬情報を外部保存することで、災害時・緊急入院時にも服用薬が確認できます。
- 他薬局で調剤されたお薬との重複・相互作用等をシステムでチェックできますので、予期しない副作用を未然に防ぎ、患者さんに適した形でより安全にお薬をお渡しします。

同意取得薬局名： _____

問い合わせ先

日本海総合病院内ちようかいネット事務局

TEL/FAX:0234-26-5112 （受付：平日 08:30～17:00）