

帝京大学医学部附属病院薬剤部と当薬局間の

カンファレンス実施に際してのお願い

これから、ご協力をお願いしたい「帝京大学医学部附属病院薬剤部と当薬局間のカンファレンス実施に際してのお願い」について説明させていただきます。

1.この説明の目的

当薬局では、通常診療において薬学的観点から、処方元へ疑義照会（処方内容の確認等）を行ったり、副作用あるいは薬剤使用に関する情報について報告を行うことがあります。

この度、薬剤の適正使用の観点から、より詳細な情報を共有するためにカンファレンスを実施したいと考えていますが、より多くの個人情報（疾患名、治療内容、治療目的、その他個人に関わる情報等）を利用する必要があります。

カンファレンス実施に際し、当薬局と帝京大学医学部附属病院薬剤部間で、個人情報を利用することについてご了承頂きたいと考えています。

2.個人情報の取り扱いについて

カンファレンスで知り得た個人情報は、薬歴に保存されますが、紛失、改ざん、漏洩等が無いよう厳重な管理に努めます。さらに、個人を特定できる形で、PC上やUSB等の記憶媒体での保存・保管は行いません。

3.情報の公表について

国からの指示により公表を求められた場合は、求めに応じて公表することがあります。

また、有意義な薬学的知見が得られた場合、将来の医学・薬学の発展のために、個人を特定できないように情報を加工した上で学会や学術論文で発表することがあります。

これらをよくお読みになってから、次のページの同意文書に署名をお願いいたします。

また、この説明文書の内容に関することや、気になることがありましたら下記までご連絡下さい。担当者が対応いたします。

【この説明に関するお問合せ（連絡先）】

所属： _____ 薬局

氏名：

住所：

電話：

平日： _____ から _____

土曜日： _____ から _____

帝京大学医学部附属病院薬剤部と当薬局間の カンファレンス実施に際しての同意書

私は、_____から下記事項につき十分に説明を受け、内容を十分理解した上で同意いたします。またこの同意書の写しの1部を受け取ります。

【説明内容】

1. この説明の目的
2. 個人情報の取り扱いについて
3. 情報の公表について

【同意項目】チェックした項目に同意

- 個人情報の取り扱いについて
- 情報の公表について

同意日： 年 月 日

本人氏名：(自署) _____

代理人氏名：(自署・代理署名) _____

代理人と本人との関係： _____

ご本人が同意され、かつ何らかの事情でご本人がご署名できない場合、代理人の方（配偶者、両親等）がご署名ください。

担当薬剤師 記入欄

説明日： 年 月 日

説明者 担当薬剤師 署名 _____