

《患者さんへ》

化学療法をより安全に治療を行うために、病院-保険調剤薬局間での情報共有が必要となります。
なお、服薬情報等提供料として、保険金額 1 割負担 20 円、2 割負担 40 円、3 割負担 60 円を、
月 1 回保険薬局にてご負担いただきます。

《同意書》

私は、上記の内容について説明を受け、十分に理解した上で病院-保険調剤薬局間の情報共有を行う本取り 組み
に参加することに、

：同意します ：同意しません

年 月 日 署名 _____

(本人でない場合の続柄： _____)

服薬情報等提供料の説明において、必要であれば本同意書をお使いください。
薬局で使用している説明書や同意書があれば、そちらを優先で使用してください。