

民眾參與「執行在地藥事服務計畫」同意書

藥師已向我說明輔導之目的，我亦瞭解參加食藥署的「執行在地藥事服務計畫」計畫能夠幫助我用藥安全，增進藥物的效果。

藥師表示會教導我用藥知識，我願意提供相關就醫資料（包括由健保署提供之相關就醫資料）供藥師參考，藥師應依相關法規維護及保障我的個人隱私。在我需要時能協助與我的醫師溝通用藥問題。我若有任何問題除照護藥師，亦可向中華民國藥師公會全國聯合會詢問（電話：02-2595-3856）。因此，我同意參與本計畫之藥事照護服務，並同意藥師教導及協助我的用藥安全。

- 本人未參加其他藥事照護相關計畫。
- 本人未接受其它單位(如中央健康保險署、護理及健康照護司等)提供之藥事照護。

此致 ○○○○藥局 ○○○○藥師

立同意書人：_____

關係人或法定代理人或主要照護者：_____

關係：立同意書人之_____

中華民國 1 1 2 年 月 日