

4. 営業日時

月曜日～金曜日 午前9：00～午後5：30まで

土曜日 午前9：00～午後1：00まで

(但し、国民の祝祭日・年末年始・お盆を除く)

営業時間に係らず訪問日時は利用者との協議により決定いたします。

当薬局はときわ調剤薬局と連携して24時間在宅医療に対応しております。

連携する薬局名：〒000-0000 連携する薬局住所

電話番号：連携する薬局の電話番号

利用者負担額は介護報酬で決まっており、以下の通りです。

利用者負担額 1回 517円

(麻薬使用の場合は100円を加算)

(施設などにご入居の場合は、金額が変動することがあります)

なお、調剤に関する技術料及び薬剤料等の一部を、別途お支払いいただくことがありますので、ご了承下さい。

6. その他

本サービスの実施により得られた利用者及び家族のプライバシーについては、その秘密を守ります。但し、サービス担当者会議等で、利用者に直接係わる関係者に対して、療養上特に必要な情報を提供しなければならない場合は、予め利用者または家族の同意を得た上で、情報の提供を行ないます。

令和 年 月 日

以上、本説明書によりサービス内容及び重要事項のご説明をいたしました。

説明者氏名

説明スタッフの氏名を記載します。

本説明書にもとづき、サービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者住所

利用者氏名