

重要事項説明書（居宅療養管理・介護予防居宅療養管理指導サービス）

あなたに対する居宅療養管理指導サービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	サンハンズ
主たる事務所の所在地	広島県福山市桜馬場町8番15号
法人種別	有限会社
代表者名	森田 直行
設立年月日	平成5年5月1日
電話番号	084-921-9700
ファクシミリ番号	
ホームページアドレス	https://www.sanhands.co.jp

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	サラダ薬局
事業所の種類・指定番号	保険調剤薬局 指定番号3441544800
所在地	広島県福山市山手町2丁目3-15
電話番号	084-952-5963
ファクシミリ番号	084-952-5966
開設年月日	平成5年7月1日
管理者の氏名	
サービス提供地域	山手町周辺
実施しているその他の事業	

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護、要支援状態にあり主治医等が交付した処方せんに基づき訪問薬剤管理指導を必要と認めた利用者に対し、薬剤師が適正な居宅療養管理指導等を提供することを目的とします。
運営の方針	利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

4. ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	員数	勤務の体制
--------	----	-------

薬剤師	3人	常勤3名 昼勤（午前9時～午後6時）
事務員	2人以上	常勤1名以上、非常勤1名 昼勤（午前9時～午後6時）

5. 営業時間

営業日	月～土曜日
営業時間	9：00～18：00（但し木、土曜日は13：00まで）

6. 提供するサービス内容

訪問薬剤管理サービス

7. 利用料

- (1) 介護保険の適用を受けるサービス（利用料1割が自己負担）
- (2) 介護保険の適用を受けないサービス（全額自己負担）
- (3) その他の費用
があります。

(1) 介護保険の適用を受けるサービス

(2) 介護保険の適用を受けないサービス

- ① 介護保険の支給限度額を超えるサービス
利用料は利用者の全額自己負担となります。

(3) その他費用

(4) キャンセル料

(5) 支払方法 翌月に一括支払い（カード決済対応可）

8. 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間	平日 午前9時～午後6時
	ご利用方法	電話 084-952-5963 面接 場所 サラダ薬局

福山市地域包括 支援センター赤 坂	ご利用時間	平日 8:30~17:15
	ご利用方法	電話084-949-2170

9. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。		
緊急連絡先		
	電話番号	070-1247-3598
	昼間の連絡先	084-952-5963
	夜間の連絡先	

年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、

甲1 に

甲2

対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地 福山市山手町2丁目3-15

名称 サラダ薬局

説明者 所属 管理薬剤師

氏名

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者 住所

氏名

(甲2) 利用者の家族 住所

氏名