

区人民医院社康中心（站）代开药声明书

本人姓名：_____（以下简称受托人），身份证号：_____，与患者：_____（以下简称委托人），身份证号：_____的关系为 ☐父子(女) ☐母子(女) ☐配偶 ☐其他_____，因委托人 ☐行动不便 ☐长期卧床 ☐其他_____原因，无法前往社区健康服务中心（站）就诊开药，受患者委托，代患者到社康开药。本人联系方式：_____；患者联系方式：_____。

本人特此声明：

1. 本人承诺，患者目前在世，本人如实告知患者病情、病史、过敏史、用药史，无隐瞒，信息真实有效。
2. 本人明知仅能为诊断明确、病情稳定，需长期服用同类药品（仅限慢病类药品）的复诊患者代开药。
3. 本人将严格按医嘱与药品说明书督促患者用药，不得擅自调整剂量、用法或停药。
4. 本人将密切观察患者用药反应，确保患者出现不适或病情变化能及时复诊。
5. 本人将按照药品说明书的存储要求妥善保管药品，避免药品受潮、变质或过期。
6. 本人确保代开药品仅限患者本人使用，不转借、转售他人。
7. 本人知晓并配合社康提供代开药相关文件，如：本人身份证、患者身份证、社保卡等。

本人郑重承诺保证所提供的信息和材料均真实有效，不存在任何虚假信息，且自愿承担由此产生的一切法律责任。

声明人(受托人)(签名按手印)：_____ 年 月 日