

疑義照会簡素化における合意書

国立病院機構西埼玉中央病院と保険薬局名称：_____は、院外処方箋における疑義照会の運用について、下記の通り合意した。なお、保険薬局での運用に関しては、患者の不利に結びつかないように、十分な説明と同意を得てから行うものとする。

【 記 】

① 院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコルの運用について

「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」(別紙)に挙げる疑義照会(問い合わせ)不要例については、包括的に薬剤師法第23条第2項に規定する医師の同意がなされたものとして、個別の処方医への同意の確認を不要とする。また、別紙の事項に関して合意した内容は遵守する。

(参考：薬剤師法23条)

1. 薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。
2. 薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せんを交付した医師、歯科医師又医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。

② 運用開始時期について

開始時期：令和____年____月____日より開始とする

③ 合意の解除、内容変更について

合意の解除、内容の変更については、必要時協議を行うこととする

以 上

令和____年____月____日

名 称：国立病院機構西埼玉中央病院

住 所：埼玉県所沢市若狭2-1671

代表者： 病院長 小村 伸朗 印

保険薬局名称：

住所：

代表者： _____ 印

連絡用メールアドレス： _____