

疑義照会簡素化プロトコルに関する合意書

県北医療センター高萩協同病院と（保険薬局）

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おいては、患者が不利益を被らないように十分説明の上同意を得てから行うものとする。

記

1 院外処方箋に係る個別の処方医への同意確認を不要とする項目について

「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」（別紙）に挙げる疑義照会不要項目については、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として、個別の処方医への同意の確認を不要とする。

2 運用開始について

令和 年 月 日から運用を開始する。

3 合意の解除及び内容の変更については、必要時に協議を行うこととする。

以上

《名称・施設住所・代表者・連絡先》

令和 年 月 日

名称：県北医療センター高萩協同病院

住所：茨城県高萩市上手綱上ヶ穂町 1006-9

代表者：病院長 近藤 匡 ㊞

令和 年 月 日

名称：

住所：

代表者： ㊞

電話番号：

FAX 番号：

e-mail アドレス：

疑義照会簡素化プロトコルに関する合意書

県北医療センター高萩協同病院と（保険薬局）

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おいては、患者が不利益を被らないように十分説明の上同意を得てから行うものとする。

記

1 院外処方箋に係る個別の処方医への同意確認を不要とする項目について

「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」（別紙）に挙げる疑義照会不要項目については、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として、個別の処方医への同意の確認を不要とする。

2 運用開始について

令和 年 月 日から運用を開始する。

3 合意の解除及び内容の変更については、必要時に協議を行うこととする。

以上

《名称・施設住所・代表者・連絡先》

令和 年 月 日

名称：県北医療センター高萩協同病院

住所：茨城県高萩市上手綱上ヶ穂町 1006-9

代表者：病院長 近藤 匡 ⑩

令和 年 月 日

名称：

住所：

代表者：

電話番号：

FAX 番号：

e-mail アドレス：

⑩

赤丸で囲った2か所
のみ記入すること

押印を忘れないこと