

保険薬局の皆様

『院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル』合意までの流れ

【本取り組みへの参画をご希望される場合】

- ① 「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」の内容を確認する。
- ② 「合意書」をダウンロードし、2部印刷する。
- ③ 「合意書」に保険薬局名および住所・代表者名・電話番号・FAX 番号・e-mail アドレスを所定欄に記入する。
 - ※ 代表者名は、薬局の責任者（開設者、管理薬剤師など）。
 - ※ 代表者が変更となる場合は、再度合意書の提出をお願いします。
 - ※ 運用開始日の記入は行わないでください。
 - ※ 押印を忘れずをお願いします。
- ④ 記入した合意書 2 部を県北医療センター高萩協同病院 薬剤部 へ郵送する。

〒318-0004 茨城県高萩市上手綱上ヶ穂町 1006-9
県北医療センター高萩協同病院 薬剤部

 - ※ 宛先を記載した返信用封筒の同封をお願いします。（切手の貼付は不要です）
- ⑤ 病院は、保険薬局からの合意書が到着後、不備がないか確認する。運用開始日を記入し、病院長印が押印された薬局用の合意書 1 部を返送する。
- ⑥ 保険薬局は合意書を受領後、本プロトコルに基づいた運用を開始する。

以上