合意書

滝川市立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、院外処方箋における疑義照会の運用について

「疑義照会簡素化プロトコール」 (別紙) に挙げる疑義照会不要例については、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として、個別の処方医への同意の確認を不要とする。

(参考：薬剤師法第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、歯科医師又は獣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、開始時期について

令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日より開始とする

３、合意の解除、内容の変更について

　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

　　　　　　　　　　住所　北海道滝川市大町2丁目2-34

　　　　　　　　　　名称　滝川市立病院

　　　　　　　　　　代表者氏名　　病院長　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　保険薬局名称

　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印