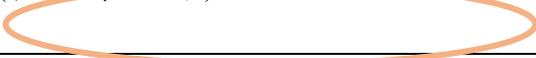


疑義照会簡素化における合意書

病院用

調剤薬局で記入する箇所を  で囲んでいます

清永会矢吹病院（以下、甲という）と

保険薬局名称：  （以下、乙という）は

甲の院外処方箋における疑義照会の運用について、乙の保険薬局での患者の待ち時間の短縮および処方医の負担軽減の観点から下記の通り合意した。

なお、保険薬局での運用に関しては、患者の不利益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 開始時期について

開始時期：令和 年 月 日

←日付の記入は不要です

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（甲）：医療法人社団 清永会 ●●矢吹病院
住所：山形県××市□町○ - ▽
代表者氏名：院長 ●▽ ◆□ 印

押印も忘れずに

名称（乙）：
住所：
代表者氏名： 印

