

## 院外処方箋における疑義照会簡素化の合意書

[保険薬局名称（店舗名含む）] \_\_\_\_\_ は、公立西知多総合病院と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、十分な説明の上、合意を得てから行うものとする。

## 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）

- I. 薬剤師は、医師、歯科医師また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。
- II. 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、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. 運用開始について

20 年 月 日から運用を開始する。

## 3. 合意の内容の変更について

合意の変更については、必要時に協議を行い、通知することとする。

代表者名の変更、移転による住所変更等は書面にて連絡すること。

## 4. 合意の解除について

合意の有効期限はいずれかの当事者が合理的な理由に基づき合意を解除する旨を書面で通知しない限り継続されるものとする。

薬局名、店舗名が変更になる場合は合意は解除とする。

以上

（施設住所・名称・代表者）

20 年 月 日

名称：公立西知多総合病院

住所：〒478-8522 愛知県東海市中ノ池1番地の1

電話：0562-33-5500 FAX：0562-33-5619

代表者：病院長 吉原 基

印

（保険薬局住所・名称・代表者）

20 年 月 日

名称：

住所：〒

電話： FAX：

代表者：

印

【登録番号】

## 院外処方箋における疑義照会簡素化の合意書

[保険薬局名称（店舗名含む）] \_\_\_\_\_ は、公立西知多総合病院と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、十分な説明の上、合意を得てから行うものとする。

### 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）

- I. 薬剤師は、医師、歯科医師また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。
- II. 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、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. 運用開始について

20 年 月 日から運用を開始する。

### 3. 合意の内容の変更について

合意の変更については、必要時に協議を行い、通知することとする。

代表者名の変更、移転による住所変更等は書面にて連絡すること。

### 4. 合意の解除について

合意の有効期限はいずれかの当事者が合理的な理由に基づき合意を解除する旨を書面で通知しない限り継続されるものとする。

薬局名、店舗名が変更になる場合は合意は解除とする。

以上

（施設住所・名称・代表者）

20 年 月 日

名称：公立西知多総合病院

住所：〒478-8522 愛知県東海市中ノ池1番地の1

電話：0562-33-5500 FAX：0562-33-5619

代表者：病院長 吉原 基

印

（保険薬局住所・名称・代表者）

20 年 月 日

名称：

住所：〒

電話： FAX：

代表者：

印

【登録番号】 \_\_\_\_\_

# 疑義照会簡素化プロトコルに則った処方修正報告書

報告日： 年 月 日

次回受診日： /

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名： 所在地： 電話番号： FAX 番号： 担当薬剤師：	登録番号：
患者 ID： 患者名：		

院外処方箋における疑義照会簡素化の合意書に基づき、以下について疑義照会を省略いたしました。

処方箋交付年月日： 年 月 日

分類	<input type="checkbox"/> 日数の適正化 <input type="checkbox"/> 用法の報告 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 自己注射製剤の針の過不足・種類変更 <input type="checkbox"/> 単剤から配合剤への戻し <input type="checkbox"/> 粉碎・脱カプセル ）
[変更内容]		

- 本様式による処方修正報告書は疑義照会ではありません。緊急性の高い情報提供は従来通り電話にて疑義照会してください。
- 院外処方箋における疑義照会簡素化の合意書に則った報告書です。当院との間で合意書を締結された保険薬局が対象となりますので、対象外の保険薬局の方は従来通り疑義照会を行ってください。
- 院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコルについては「当院ホームページ>当院について>部門案内>薬剤科>保険薬局の皆様へ」に案内を掲載しています。合意書の締結についてのお問い合わせは、当院薬剤科（TEL：0562-33-5500）までご連絡ください。

**公立西知多総合病院** 〒477-8522 愛知県東海市中ノ池三丁目1番地の1

TEL：0562-33-5500（代表） FAX：0562-33-5619（薬業連携用薬剤科 FAX）