

院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコルに関する合意書

医療法人社団筑波東病院(以下「甲」と)と保険薬局名称: _____ (以下「乙」)は甲が発行する院外処方箋における問い合わせの運用について、下記の通り合意した。なお、保険調剤薬局の運用においては、患者が不利益を被らないように十分な説明の上、同意を得てから行うものとする。

記

- 1) 院外処方箋に係る処方医への確認を不要とする項目について
筑波東病院「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」の内容に限り、医師の同意がなされたものとして、処方医の同意確認を不要とする。
- 2) 開始について
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から運用する。(電話連絡があり次第に日付は記入してください)
合意書を二部作成し、それぞれ署名・記名・捺印し各一部を保管する。合意書の一部を当院に郵送いただき、内容確認後に乙への電話連絡をもってプロトコル運用を開始する。
- 3) 合意書の終結について
問い合わせ等の簡素化を希望する場合、合意書の終結をもって実施する。乙は内容を十分に理解した上で運用を開始するものとする。プロトコルは薬局管理薬剤師および保険薬剤師の責任において運用するものとする。
- 4) 合意書の解除について
患者に重大な健康被害・損害を及ぼした場合には、合意書を解除することができる。プロトコルの内容の変更をはじめ、甲が必要と思われる措置が発生した場合は、乙は甲の指示に従うものとする。

以上

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(甲) 所在地：茨城県土浦市乙戸 57-1
名称：医療法人社団 筑波東病院
代表者：院長 横山 治夕生

(乙) 所在地：
名称：
代表者：

印