合意書

帝京大学医学部附属病院と＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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、患者は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。

記

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問い合わせ簡素化プロトコル」（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.　登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3.　運用開始日：　　年　　月　　日

4.　合意の解除および内容の変更について
合意の解除および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

年　　月　　日

名称：帝京大学医学部附属病院
住所：〒173-8606　板橋区加賀 2-11-1
代表者：　病院長　　印

保険薬局名称：
住所：
代表者：　　印