

「院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル」合意手順

本プロトコルへの参画をご希望される場合

① 帝京大学医学部附属病院薬剤部ホームページ上の「院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル」の内容を確認する。

② 「合意書」を2部印刷する。

③ 「合意書」に保険薬局名および住所・代表者名を記入する。

※ 代表者名は、薬局の責任者（開設者、管理薬剤師）

※ 代表者が変更となる場合は、再度合意書の提出をお願いします。

※ 登録番号・運用開始日・合意日の記入は行わないでください。

④ 記入した合意書2部を帝京大学医学部附属病院薬剤部へ郵送する。

〒173-8606 板橋区加賀 2-11-1

帝京大学医学部附属病院薬剤部

※ 宛先を記載した返信用封筒の同封をお願いします。切手の貼付は不要です。

⑤ 病院は、保険薬局からの合意書が到着後、不備がないかを確認する。登録番号・運用開始日を記入し、病院長印が押印された合意書1部を保険薬局用として返送する。

⑥ 保険薬局は合意書を受領後、本プロトコルに基づいた運用を開始する。

以上