

合意書

(保険薬局保管用)

独立行政法人地域医療機能推進機構仙台病院と保険薬局名称： _____
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、患者の不利益に結びつくことの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. 院外処方箋に係わる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)の内容に限り、包括的に薬剤師法第 23 条の 2 に規定する医師の同意がなされたとして、処方医への同意の確認を不要とする。

2. 運用開始について

20 年 月 日から運用を開始する

3. 合意の解除及び内容の変更について

合意の解除、内容の変更については必要時に協議を行うこととする。

以上

20 年 月 日
住 所 宮城県仙台市泉区紫山 2 丁目 1-1
名 称 独立行政法人地域医療機能推進機構仙台病院
代表者 病院長 小澤 浩司

印

20 年 月 日
住 所
名 称
代表者

印