

合意書

医療法人田中会 武蔵ヶ丘病院と(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 「武蔵ヶ丘病院 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。

2. 登録番号

3. 運用開始日：令和____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

令和____年____月____日

名称：医療法人田中会 武蔵ヶ丘病院

住所：〒861-8003 熊本市北区楠7丁目15-1

代表者：病院長 水流添 周 印

名称：

住所：

代表者：

印