

合意書

JA 長野厚生連北信総合病院と(保険薬局名称)_____は、
院外処方せんにおける疑義照会簡素化プロトコルの運用について、下記の通り合意した。
なお、保険薬局において本プロトコルを運用する際には、患者の不利益とならないよう、
十分に説明した上で合意を得てから行うものとする。

記

1. 院外処方せんにおける処方医への同意確認を不要とする項目について
「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. 運用開始について
_____年 _____月 _____日から運用開始する。
3. 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、必要時に協議を行うこととする。

以上

(施設住所・名称・代表者)

_____年 _____月 _____日

住所 : 〒383-8505 長野県中野市西 1-5-63

名称 : JA 長野厚生連北信総合病院

代表者 : 病院長 山寄 正志 印

_____年 _____月 _____日

住所 :

名称 :

代表者 : 印