

合意書

一般財団法人大原記念財団 大原綜合病院と（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

「院外処方箋における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。（参考：薬剤師法第23条）

(3) 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。

(4) 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：西暦 年 月 日

登録番号・運用開始日は記入しないでください。

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

合意年月日は記入しないでください。

西暦 年 月 日

名称：一般財団法人大原記念財団 大原綜合病院

住所：〒960-8611 福島市上町6番1号

代表者： 病院長 小山 善久 印

赤丸で囲った2カ所のみ記載してください。押印も忘れずをお願いします。

名称：

住所：

代表者： 印