

合意書

2通作成し、返信用封筒を同封し当院薬剤部へ郵送してください

当院から後日、必要事項を記入の上、合意書を1通返信します

記入しないでください

藤枝市立総合病院（以下「甲」という。）と （以下「乙」という。）は、院外処方箋における疑義照会の運用について、下記のとおり合意する。なお、この運用においては、患者が不利益とならないように、十分説明の上同意を得てから行うものとする。

保険薬局名を記載

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
「藤枝市立総合病院 院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル」に挙げる問い合わせ不要項目については、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)
① 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。
② 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. 開始時期について
年 月 日より開始とする。

3. 合意の解除、合意の変更について
最新の「藤枝市立総合病院 院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル」は、当院のホームページ等を確認する。プロトコル内容の変更時、また、当院および保険薬局代表者の変更に伴う新たな合意書の締結は行わず、両者から特段の意思表示がない限り、本合意書をもって了承されたものとして、取り扱う。
合意解除については、必要時に協議を行うこととする。甲は、乙に対して指導をしたにもかかわらず乙が必要な報告を怠った場合、乙の契約遵守違反とみなし、契約期間内であっても乙の当該契約の解除を通告することができる

この合意を証するため本書2通を作成し、甲、乙両者記名押印の上各自1通を保有する。

年 月 日

甲 住所 静岡県藤枝市駿河台4丁目1番11号
名称 藤枝市立総合病院
代表者氏名 院長 中村 利夫 印

乙
住所
名称
代表者（開設者）氏名 印

住所、保険薬局名、代表者（開設者）氏名を記載し、押印

登録番号：