

「院外処方箋における疑義照会プロトコール」同意書

大分県済生会日田病院と(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、患者が不利益を被らないように、十分説明の上同意を得てから行うものとする。

記

①院外処方箋における処方医への個別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プロトコール」(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、24条に規定する医師の同意がなされたとして、処方医への個別の同意確認を不要とする。

(参考：薬剤師法第23条、24条)

第23条 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。

第24条 薬剤師は、処方せん中に疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによって調剤してはならない。

*薬剤師法第23条2の同意を、「事前に作成されたプロトコール」として得るものとし、第24条を侵すものではない

②運用開始について

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

合意の解除及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：〒872-1192 大分県日田市大字三和643-7

名称：大分県済生会日田病院

代表者：院長_____印

年 月 日

住所：_____

名称：_____

代表者：_____印