

## 院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコールの合意書

島田市立総合医療センター（以下「甲」という。）と、薬局名称を御記入下さい  
（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、乙での運用においては、患者が不利益とならないように、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ール」（別紙）に挙げる疑義照会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ものとして、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）

- i. 薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方箋によらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。
- ii. 薬剤師は、処方箋に記載された医薬品につき、その処方箋を交付した医師、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. 運用開始について

20 年 月 日より開始とする。 ※病院にて記載  
記入しないで下さい

3. 合意の解除及び内容の変更について

最新の「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコール」は、当院のホームページ等を確認する。プロトコール内容の変更時に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。

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。  
以上

20 年 月 日  
記入しないで下さい

甲 住所 静岡県島田市野田 1200-5  
名称 島田市立総合医療センター  
代表者 事業管理者 青山 武 印

乙 住所 記入後、御捺印下さい  
名称 ※代表者名は保険薬局の責任者  
代表者 （開設者、管理薬剤師など） 印

（合意番号： \_\_\_\_\_）記入しないで下さい