

(様式 1)

(病院用)

## プロトコール合意書

滋賀県立総合病院と(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、十分説明し、同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

「院外処方せんにおける問い合わせ簡素化プロトコール」(2022 年 11 月第 1 版)の項目に限り、事前に薬剤師法第 23 条第 2 項に規定する医師の同意が得られたものとして、処方医への同意の確認を不要とする。

#### 2. 合意書の締結について

滋賀県立総合病院が開催したプロトコール説明会への参加を条件に、本合意書を締結することができる。

#### 3. 合意書の解除について

滋賀県立総合病院は(保険薬局名称)\_\_\_\_\_が本合意に違反(事後の FAX を怠ることも含む)をすることにより、患者に重大な被害を及ぼしたことを認める場合には、本合意を解除することができる。

#### 4. 開始時期について

プロトコールの運用は、締結日より開始する。

合意の証として、本合意書を 2 部作成し、それぞれの署名又は記名捺印し各 1 部を保有する。

以上

年 月 日

|       |                  |
|-------|------------------|
| 所在地   | 滋賀県守山市守山五丁目 4-30 |
| 名称    | 滋賀県立総合病院         |
| 代表者氏名 | 病院長 足立 壯一 印      |

|        |   |
|--------|---|
| 所在地    |   |
| 名称     |   |
| 管理薬剤師名 | 印 |

## プロトコール合意書

滋賀県立総合病院と(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、十分説明し、同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**

「院外処方せんにおける問い合わせ簡素化プロトコール」(2022 年 11 月第 1 版)の項目に限り、事前に薬剤師法第 23 条第 2 項に規定する医師の同意が得られたものとして、処方医への同意の確認を不要とする。

**2. 合意書の締結について**

滋賀県立総合病院が開催したプロトコール説明会への参加を条件に、本合意書を締結することができる。

**3. 合意書の解除について**

滋賀県立総合病院は(保険薬局名称)\_\_\_\_\_が本合意に違反(事後の FAX を怠ることも含む)をすることにより、患者に重大な被害を及ぼしたことを認める場合には、本合意を解除することができる。

**4. 開始時期について**

プロトコールの運用は、締結日より開始する。

合意の証として、本合意書を 2 部作成し、それぞれの署名又は記名捺印し各 1 部を保有する。

以上

年 月 日

|       |                  |
|-------|------------------|
| 所在地   | 滋賀県守山市守山五丁目 4-30 |
| 名称    | 滋賀県立総合病院         |
| 代表者氏名 | 病院長 足立 壯一 印      |

|        |   |
|--------|---|
| 所在地    |   |
| 名称     |   |
| 管理薬剤師名 | 印 |

(病院用) (保険薬局用) の 2 部作成ください

< 見本 >

## プロトコール合意書

滋賀県立総合病院と(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、十分説明し、同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  
「院外処方せんにおける問い合わせ簡素化プロトコール」(2022 年 11 月第 1 版)の項目に限り、事前に薬剤師法第 23 条第 2 項に規定する医師の同意が得られたものとして、処方医への同意の確認を不要とする。
2. 合意書の締結について  
滋賀県立総合病院が開催したプロトコール説明会への参加を条件に、本合意書を締結することができる。
3. 合意書の解除について  
滋賀県立総合病院は(保険薬局名称) \_\_\_\_\_ が本合意に違反(事後の FAX を怠ることも含む)をすることにより、患者に重大な被害を及ぼしたことを認める場合には、本合意を解除することができる。
4. 開始時期について  
プロトコールの運用は、締結日より開始する。

合意の証として、本合意書を 2 部作成し、それぞれの署名又は記名捺印し各 1 部を保有する。

運用を開始いただく日付になります。  
記入しないでください。

以上

年 月 日

所在地 滋賀県守山市守山五丁目 4-30  
名称 滋賀県立総合病院  
代表者氏名 病院長 足立 壮一 印

所在地 \_\_\_\_\_  
名称 \_\_\_\_\_  
管理薬剤師名 \_\_\_\_\_ 印

押印を忘れずに