合意書

天使病院(以下、「甲」という)と保険薬局(以下、「乙」という)は、保険薬局における天使病院　院外処方箋に関わる薬剤師法第 23 条第 2 項*の取り扱いについて、下記の通り合意した。なお、実施するにあたり、保険薬局は、患者の不利益に結びつくことのないよう、患者に十分な説明をし、理解と同意を得ることとする。

*薬剤師法第 23 条第 2 項

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。

記

１．院外処方箋に関わ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

(処方変更に係る原則)

・先発医薬品において「変更不可」の欄にチェックがあり、かつ保険医署名欄に処方医の署名又は記名・押印がある場合は、処方薬を後発医薬品に変更できない。
・「含有規格変更不可」又は「剤形変更不可」の記載がある場合は、変更できない。
・処方変更は、各医薬品の適応及び用法用量を遵守した変更とすること。また安定性や溶解性、体内動態等を考慮し、利便性が向上する場合に限る。
・患者に十分な説明(服用方法、安定性、価格等)を行い、同意を得た上で変更する。
・本プロトコールに該当しない疑義は、通常の疑義照会をすること。

上記の「処方変更に関わる原則」を遵守しつつ、別紙「院外処方箋における疑義照会適正化プロトコールについて」の項目について、保険薬局での患者の待ち時間の短縮や処方医の負担軽減の観点から、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得られたものとして、処方医の個別の同意を不要とする。
ただし、医療用麻薬(内服、外用)及び注射薬、抗がん剤については対象外とする。

２．合意内容の解除・変更について

合意内容の解除・変更については、甲と乙が必要に応じて協議する。

３．開始時期について

開始時期：　　年　　月　　日　　(天使病院記載)

以上

合意する保険薬局とは原紙２部作成し、公印を押して各自１通を保有するものとする。

年　　月　　日

名称(甲)　天使病院

住所　札幌市東区北 12 条東 3 丁目 1-1

代表者氏名　院長　西村　光弘　　印

保険薬局名(乙)

住所

代表者氏名　　印