

令和4年3月1日

保険薬局の皆様

『院外処方箋に関する問い合わせ簡素化プロトコル』合意までの流れ

【本取り組みへの参画をご希望される場合】

- ① 福島県立医科大学附属病院薬剤部ホームページ上の「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」の内容を確認する。
- ② 「合意書」と「保険薬局基本情報提供書」をダウンロードし、印刷する。
- ③ 「合意書」に保険薬局名および住所・代表者名を所定欄に記入する。
 - ※ 代表者名は、薬局の責任者（開設者、管理薬剤師など）。
 - ※ 代表者が変更となる場合は、再度合意書の提出をお願いします。
 - ※ 登録番号・運用開始日・合意日の記入は行わないでください。
- ④ 「保険薬局基本情報提供書」に記入する。
- ⑤ 記入した合意書2部と「保険薬局基本情報提供書」1部を福島県立医科大学附属病院薬剤部 医薬品情報室 へ郵送する。

〒960-1295 福島市光が丘1番地

福島県立医科大学附属病院薬剤部 医薬品情報室

 - ※ 宛先を記載した返信用封筒の同封をお願いします。（切手の貼付は不要です）
- ⑥ 病院は、保険薬局からの合意書が到着後、不備がないか確認する。登録番号・運用開始日を記入し、病院長印が押印された薬局用の合意書1部を返送する。
- ⑦ 保険薬局は合意書を受領後、本プロトコルに基づいた運用を開始する。

以上