



# 合意書

公立大学法人福島県立医科大学附属病院と(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、患者は不利益を被らないように、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項に規定する医師の同意がなされたとして、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)

- (1) 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. 登録番号 \_\_\_\_\_

### 3. 運用開始日：令和 年 月 日

### 4. 合意の解除および内容の変更について

合意の解除および内容の変更については、必要時協議を行うこととする。

以上

登録番号・運用開始日・  
合意年月日は記入しないこと

赤丸で囲った2か所のみ記載すること。

代表者は異動のない方(経営者・取締役社長など)をお願いします。

押印を忘れずに

令和 年 月 日

名称：公立大学法人福島県立医科大学附属病院

住所：〒960-1295 福島市光が丘1番地

代表者： 病院長 藤森 敬也 印

名称：

住所：

代表者： 印