

◎合意契約番号: _____

院外処方箋の疑義照会一部不要の運用に関する合意書

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター(以下、「甲」という)と (以下、「乙」という)
は院外処方箋の疑義照会の運用について、下記の通り合意した。

記

1. 院外処方箋に関する疑義照会の運用について、以下の場合には原則として疑義照会を不要とする。なお、乙での運用においては、患者が不利益を被らないように、十分説明の上、同意を得てから行うものとする。また、乙は変更後の薬剤について、治療目的の保険適応について十分に確認を行い、変更理由については調剤録等に記載を行うものとする。乙は変更を行った内容について後発品への変更と同様に甲へFAX で連絡を行う。ただし、処方箋に後発品変更不可の記載と署名があった場合はこの合意書に従った変更も不可とする。本運用は後発品の使用促進を妨げない範囲で行うものとする。
 - ① 同一銘柄での「剤型」の変更
先発品から先発品への変更については目的とする剤型の後発品がない薬剤のみを対象とし、薬価が高くなる範囲で行うこと
 - ② 同一銘柄での「規格」の変更
先発品から先発品への変更については目的とする規格の後発品がない薬剤のみを対象とし、薬価が高くなる範囲で行うこと
 - ③ 外用薬について総量が変わらない範囲での包装規格変更
薬価が変更前を超えない場合のみとする
2. 開始時期について
年 月 日より開始とする
3. 合意の解除、内容の変更について
合意の解除、内容の変更については必要時協議を行うものとする

以上

本合意の証として本書を2通作成し、甲乙記名捺印の上、甲1通乙1通を保有する。

西暦 年 月 日

甲 (住所) 山口県岩国市愛宕町1丁目1番1号
(名称) 独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター
院長

印

乙 (住所)
(名称)

代理 (住所) 山口県岩国市室の木町3-6-13
(名称) 一般社団法人 岩国薬剤師会
会長

印

委任状

私は、代理人住所 山口県岩国市室の木町 3-6-13

代理人氏名 一般社団法人 岩国薬剤師会 会長

を代理人と定め、下記の合意について委任いたします。

記

○合意書名

「院外処方箋の疑義照会一部不要の運用に関する合意書」

委任事項

1. 独立行政法人国立病院機構岩国医療センターとの合意締結の手続き

以上

西暦 年 月 日

委任者住所

委任者氏名

印