

# 合意書記入例

## 合意書

名称記入をお願いします

国立病院機構鹿児島医療センターと保険薬局名称: \_\_\_\_\_

は、院外処方箋における照会について、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、十分説明の上同意を得てから行うものとする。

記

1 院外処方箋における問い合わせの運用について、国立病院機構鹿児島医療センター「院外処方箋における調剤変更に関する事前合意のプロトコル」に記される、以下の場合に原則として処方医への照会を不要とする。

- ①成分名が同一である先発品/後発品への銘柄変更
- ②剤形の変更
- ③別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- ④湿布薬や軟膏での包装単位変更
- ⑤取り決め範囲内での日数の適正化  
(残薬調整及び隔日投与指示等の日数調整)
- ⑥一般名処方における別規格・類似剤形の先発品への変更
- ⑦患者の希望等で行う半割、粉碎、混合あるいは一包化調剤
- ⑧週1回、あるいは月1回内服のビスホスホネート製剤およびDPP-4阻害剤の処方日数の適正化
- ⑨患者の希望等で行う消炎鎮痛外用剤における、パップ剤からテープ剤への変更、またはその逆
- ⑩外用剤の用法(適用回数・適用部位・適用タイミング)が口頭指示されている場合の用法追記
- ⑪患者の希望等で行うエンシュア・H、アミノレバン等における味の変更

2 開始時期について

年 月 日

より開始

開始時期については当院にて記入します。

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、必要時協議を行うこととする。

年 月 日

合意日については当院にて記入します。

所在地 〒892-0853 鹿児島市城山町8番1号

名称 国立病院機構鹿児島医療センター

代表者 院長 田中康博

印

必要事項を記入し、押印してください。

所在地

保険薬局名称

管理薬剤師氏名

印