

# 「院外処方箋における変更調剤に関するプロトコル」合意書

保険医療機関 名称:公益財団法人 近江兄弟社 ヴォーリズ記念病院(以下, 甲という。)と 保険薬局  
名称: \_\_\_\_\_ (以下, 乙という。)は, 乙の保険薬局における甲の院外  
処方箋に係わる薬剤師法第 24 条の取り扱いについて, 別途定める「院外処方箋における変更調剤に関するプ  
ロトコル」に基づき, 合意を交わすものとする。

## 記

1. 別紙「院外処方箋における変更調剤に関するプロトコル」の内容のとおり合意する。
2. 甲は, 本プロトコルを改変する場合, 改変した内容を電磁的方法により乙に通知する。
3. 乙は, 本プロトコルを適用することにより患者に治療上の不利益等が生じたと認めた場合, 甲へ速やかに連絡し, 乙は甲の指示のもと解決を図るものとする。
4. 甲は, 本プロトコルを適用することにより患者に治療上の不利益等が生じたと認めた場合, 乙に対して, 乙の合意なく本プロトコルの運用中止することができる。
5. 甲は, 乙による不正または本プロトコルの合意内容に違反する行為を認めた場合, 乙の合意なく本合意を解除することができる。
6. 乙は, 本プロトコルを適用することにより発生する乙の調剤上, 経済上の諸問題等については, 乙の責任をもって対処するものとする。
7. 乙が閉局する場合, 本合意も失するものとする。
8. 本合意書に規定なき事項または疑義については, 両者間で誠意を持って協議決定ないしは解決を図るものとする。

以上, 本合意の立証のため, この合意書を2通作成し, 甲乙署名捺印の上, 各自1通を保有する。

年 月 日

名称(甲): 公益財団法人 近江兄弟社 ヴォーリズ記念病院

住所: 滋賀県近江八幡市北之庄町 492

代表者氏名: 病院長 五月女 隆男 印

名称(乙):

住所:

代表者氏名: 印