

「院外処方箋における疑義照会簡略化プロトコール」合意前チェック表

「院外処方箋における疑義照会簡略化プロトコール」の内容をご確認いただき、内容についてご理解いただきましたら、下記項目に✓をお願いいたします。
ご不明点等ございましたら、✓前に電話等でご質問ください。

- 「処方変更に関する原則」について理解した
- 「残薬調整に関する原則」について理解した
- 「プロトコールに基づく処方医への問い合わせ不要項目」について理解した
- 「プロトコールに基づいた変更の報告手順」について理解した
- 「有効期間」について理解した
- 「合意の解除、変更」について理解した
- 「開始時期」について理解した

____年 ____月 ____日

保険薬局名称：_____

代表者氏名：_____

_____印