

<実施までの流れ>

実施にあたっては、各保険薬局と当院との合意書の締結が必要となります。合意契約を希望の場合は、下記に従ってご対応をお願いいたします。

1. 合意書の締結を希望する薬局は、「問い合わせ簡素化プロトコル（説明文）」を読み、十分理解していただいた上、合意書を作成します。
2. 合意書（淡路医療センター控・保険薬局控）を印刷します。
3. それぞれの合意書の3行目に保険薬局名称を記載し、末尾の名称・住所・代表者を記載し、記名・押印してください。

※ 代表者は、薬局の責任者（開設者または管理薬剤師）

合意書の送付先

〒656-0021 兵庫洲本市塩屋1丁目1-137

兵庫県立淡路医療センター薬剤部 薬薬連携担当 宛

「合意書在中」と記載し、追跡できる方法で郵送してください。

※ 宛先を記載した返信用封筒の同封をお願いします。切手の貼付は不要です。

4. 当院で合意書を受領後、運用開始日を記載し、病院長印を押印した後、保険薬局控を返送します。合意書受領日から、プロトコルの運用が可能となります。
5. プロトコルにより処方変更を行った場合は、以下の規定した変更報告書に漏れなく記載し、薬剤部までFAXで送付してください。その際は送信間違いに十分注意すること。