



- ⑤ 調剤報酬を伴う一包化調剤などの加算を薬局の判断で算定すること。
- ⑥ 「お薬手帳」や薬歴から、薬物相互作用や同種同効薬の重複処方が考えられる処方を確認した場合
- ⑦ プロトンポンプ阻害剤、ビタミン剤、モサプリドなど投与期間の制限のある薬剤が漫然と処方されていると判断される場合
- ⑧ その他、薬剤師が必要と判断した事項

(5) 疑義照会の方法

緊急性のある問い合わせや疑義照会はこれまでどおり直接当該施設にお電話でお問い合わせ下さい。

(6) 処方医への情報提供の方法

- ① 上記の「(1) 変更調剤」「(2) 処方日数(数量)」において疑義照会の簡素化を行った場合は、調剤後速やかに処方医にFAXにて情報提供を行う。

尚、FAXは別紙(トレーシングレポート・疑義照会簡素化報告書)にてお願いします。

- ② 「(3) 用法・用量」については、初回の処方時に限り処方医にFAXにて情報提供を行う。
- ③ 処方医に情報提供した内容は、必ず患者の「お薬手帳」にも記載する。また、薬剤師は患者に対して、毎回の診察時に「お薬手帳」を主治医に提示する旨を徹底する。

(7) 確認書に対する責任と遵守義務

- ① 乙は確認書(解説編の内容を含む)に対して全責任を持ち、遵守する義務を負う。
- ② 甲は乙に対して確認書(解説編の内容を含む)について説明し指導する義務がある。
- ③ 確認書(解説編の内容を含む)を遵守しないことで、患者に被害ならびに甲に迷惑を与えた場合、甲は乙に対して厳重な注意と指導を行い、乙との間での確認書を破棄することができる。

(8) 附則

上記の内容に疑義ないし変更の必要がある場合は、甲と乙が必要に応じて協議する。

以上、確認する。

年 月 日

甲 住所 大阪府堺市堺区老松町 3 丁 73-2

名称 社会医療法人 同仁会

みみはら在宅クリニック 所長 奥村伸二 印

乙 住所

名称

管理薬剤師

印