無菌製剤処理を必要とする患者の紹介についての取り決め

　　　　　　　　　　　　　（紹介する側の薬局、以下「甲」という）と　　　　　　　　　　　　（紹介される側の薬局、以下「乙」という）は、無菌製剤処理を必要とする患者の紹介について、次のとおり合意した。

記

1. 無菌製剤処理を必要とする患者の紹介について

患者又はその家族、介護者（以下「患者等」という）が、無菌製剤処理が必要な薬剤の処方箋を甲に提示した場合、甲は、当該処方箋に基づく調剤を実施する薬局として乙を、患者等に紹介することができる。

1. 紹介先への個別事前連絡について

甲は乙に対して、上記1.の紹介を行う場合、患者等の同意の上で、事前に、処方内容を乙と共有し、乙が当該処方箋に基づく調剤を実施することが可能なことを確認するものとする。

1. 個人情報の保護について

　甲と乙は、この覚書による業務を処理するための個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護の重要性を認識し、個人の権利利益を侵害することのないよう、適切に取り扱う。

1. 取り決めの期間とその更新、終了について

この取り決めの期間は、取り決め締結の日からその年度の３月31日までとする。期間満了の１ヶ月前までに、甲又は乙が相手方に対して、取り決め終了の意思表示をしない場合は、更に１年間取り決めを自動的に更新するものとし、以後も同様とする。なお、甲又は乙は、正当な理由がある場合、取り決め期間中においても、この取り決めの終了を相手方に申し入れ、その１ヶ月後に終了することができる。

以上の取り決めの証として、本書２通を作成し、甲と乙の薬局の管理者が署名捺印のうえ、各一通を保有する。

　　　　年　　　月　　　日

甲　　　薬局住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

薬局名

薬局の管理者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

乙　　 薬局住所

　　　　　　　　　　　　　　開設者

薬局名

薬局の管理者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（別紙）

　　　　年　　　月　　　日

（紹介先の薬局名）

　　　　　　　　　　　　様

FAX：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（紹介する側の薬局名）

TEL:

薬局間患者紹介状

* 患者を紹介する際、以下の項目を確認すること。

☐　患者又はその家族、介護者は、紹介先の薬局に下記の処方内容等の情報を提供することに同意している

☐　紹介先の薬局が対応できることを確認済みである

* 事前の情報提供

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| 来局者 | 本人　・　代理（　　　　　　　　　　 ） |
| 患者又は来局者の連絡先 |  |
| 連絡事項 | 後発医薬品の希望：　有　・　無 |
| 処方内容を記載もしくはコピー貼付 | |
|  | |

※薬局間患者紹介の際の情報提供時に、必要に応じてご活用ください。