

令和8年2月1日

保険薬局の皆様

『疑義照会簡素化プロトコル』合意までの流れ

【本取り組みへの参画を希望される場合】

① 所沢中央病院薬局ホームページ上の「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」の内容を確認する。「合意書」をダウンロードし、2部印刷する。

② 「合意書」に保険薬局名および住所・代表者名を所定欄に記入する。

※ 代表者名は、薬局の責任者（開設者、管理薬剤師など）。

※ 代表者が変更となる場合は、再度合意書の提出をお願いします。

※ 登録番号・開始日・合意日の記入は行わないでください。記入した合意書2部を所沢中央病院事務局へ郵送する。

〒359-0037 所沢市くすのき台3-18-1 所沢中央病院 事務局※ 宛先を記載した返信用封筒の同封をお願いします。

③ 病院は、保険薬局からの合意書が到着後、登録番号・運用開始日を記入し、病院長印が押印された薬局用の合意書1部を返送する。

④ 保険薬局は合意書を受領後、本プロトコルに基づいた運用を開始する。