

保険薬局の皆様

## 「問い合わせ簡素化プロトコル」運用の流れ

### ■ 本取り組みへの参画をご希望される場合

- 1、院外処方箋における「問い合わせ簡素化プロトコル」の内容を確認する。
- 2、「合意締結申込書」をダウンロード・印刷し、記載後 当院薬局にFAXする。  
【FAX番号】 0176-50-1165
- 3、当院は、保険薬局連絡先メールアドレス宛に「合意書」「合意書(見本)」のファイルを送付します。
- 4、保険薬局は、「合意書」をA4サイズで2部印刷の上、「合意書(見本)」を参考に 保険薬局名及び住所・代表者名を自署または記名押印し、下記宛先まで「合意書」を2部郵送する。
  - \* 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。

【郵送先】

宛名：三沢市立三沢病院 薬局 宛「合意書在中」

住所：〒033-0022 青森県三沢市大字三沢字堀口164-65
- 5、当院は、保険薬局からの「合意書」が到着後、不備がないか確認し、運用開始日・合意締結日を記載、病院長印が押印された薬局用の「合意書」1部 を返送し、**本プロトコルに使用する「問い合わせ簡素化プロトコル専用報告書」**をメールで送信します。
- 6、保険薬局は「合意書」を受領後、「問い合わせ簡素化プロトコル専用報告書」を使用し、本プロトコルに基づいた運用が可能となります。
  - \* 「問い合わせ簡素化プロトコル専用報告書」は、保険薬局名称・住所が印字された薬局のみご利用ください。
- 7、「問い合わせ簡素化プロトコル専用報告書」に対するFAXの返信はいたしません。