**無菌製剤処理を必要とする患者の紹介についての合意書**

　　　　　　　　（紹介する薬局、以下「甲」という。）と、　　　　　　　　（紹介される薬局、以下「乙」という。）無菌製剤処理を必要とする患者の紹介について、次のとおりに合意をする。

（**指針の策定**）

1．無菌製剤処理が必要な患者へ適切に対応する必要があり、その対策として地域における薬局間連携を構築するように努めなければならない。

（**患者の紹介**）

1.　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処方箋を甲に提示した場合、甲は、乙に患者等を紹介できるものとする。

2.　甲は、患者等が乙に処方内容等の情報を供与することに同意を得ているものとする。

3.　甲は、患者等を紹介するにあたり事前に、処方内容を乙と共有し、乙の無菌製剤処理が必要な処方箋を調剤できることを確認しなければならない。

（**個人情報の取り扱い**）

1.　甲と乙は、収集した個人情報は、必要とされる作業の範囲内以外の目的に使用はしない。

2.　甲と乙は、収集した個人情報は、本目的以外を除いて第三者へ提供しない。

3.　甲と乙は、収集した個人情報は、保護の重要性を理解し適切に取り扱わなければならない。

（**合意期間・合意期間の取消**）

1.　この合意の期間は、合意締結の日からその年度の3月31日までとする。

2.　期間満了の1箇月前までに、甲又は乙が相手方に対して意志表示をしないときは、更に1年間合意を自動的に更新するものとし、以後も同様とする。

3.　甲又は乙は、正当な事由があって、本合意に基づく事項に遵守する義務を履行しない場合、この合意を取り消すことができる。

4.　管理者・開設者が変更となった場合は、変更後1箇月以内に再度合意書を取り交わすこととする。

この合意の締結を証するため本書を2枚作成し、甲と乙の薬局管理者が署名捺印のうえ各1通を保有する。

　　　　年　　月　　日

甲　　薬局住所　　　　　　　　　　　　　　乙　　薬局住所

　　　開設者　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　薬局名　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局名

　　　薬局管理者　　　　　　　　　　印　　　　　薬局管理者　　　　　　　　　　印