

平成 29 年 5 月 2 日

貴保険薬局 代表者様

堺市立総合医療センター
薬剤・技術局 石坂敏彦
薬剤科 安井 友佳子

**堺市立総合医療センター
院外処方せんの疑義照会簡素化に向けた説明会の開催について**

日頃より、堺市立総合医療センターの取り組みにご協力頂きまして誠にありがとうございます。

当院では、外来患者さんの待ち時間の短縮や保険薬局様や医師の業務の効率化を図るため、院外処方せんにおける疑義照会の在り方について検討し、疑義照会の簡素化に向けた取り決め事項を纏めました。つきましては、標記説明会を下記の通り実施させていただきますので、ご参加の程、どうぞ宜しくお願い致します。

記

ご賛同し参加いただける保険薬局様は、ご面倒ですが参加日時に○付け、所属、氏名などを記載の上、FAX：072-272-9962 までご返信お願いします。尚、予め別紙をご確認いただきご賛同頂ける場合は合意書 2 部（薬局様保管、病院保管）と返信用封筒（切手を貼付）をご用意の上、ご参加をお願いします。合意手続きが整い次第郵送させていただきます。

開催場所 堺市立総合医療センター内

集合時間・場所 **開始時間** 5 分前 **B1F エスカレータ横** **ドトールコーヒー前**

日 時	（ ） 平成 29 年 5 月 18 日（木）19 時 30 分～	場所：2F 患者教室（予定）
	（ ） 平成 29 年 5 月 25 日（木）19 時 30 分～	場所：2F 患者教室（予定）
	* 時間厳守でお願い致します。	

貴保険薬局名 _____

参加者氏名 _____

連 絡 先 _____

以上