

⑬ 保険薬局の処方元医療機関の追加 (様式16)

CPMS登録保険薬局の処方元のCPMS登録医療機関を追加する場合は、**様式16**と「**保険薬局におけるクロザリル取扱いの手順書**」の**コピー**の提出が必要です。

処方元医療機関の追加を要請する保険薬局名
と住所を記入

要件1および要件2を確認の上チェックを記入

※ケーススタディーは新たに行う必要はありません

保険薬局長のご署名または記名・捺印
および連絡先

処方箋を発行する医療機関の長のご署名または
記名・捺印

併せて「**保険薬局におけるクロザリル取扱いの手
順書のコピー**」の提出が必要

様式 16

保険薬局のCPMS登録要請及び誓約書

提出先：クロザリル適正使用委員会

当保険薬局は、下記の通り、保険薬局の要件を満たしておりますので、CPMS登録を要請します。当保険薬局は、要請に先立ち、CPMS運用手順を理解し遵守して運用・管理することを誓約し、また誓約内容を違えた場合には、クロザリル適正使用委員会の裁定に従うことを併せて誓約いたします。

要請日 2016年 8月 1日

【登録要請保険薬局】

(ふりがな)

保険薬局名：

のぼるていすふあーましー
ノバルティスファーマシー

所在地：(〒105-6333) 東京都港区虎ノ門〇-〇-〇

<要件1> 以下の要件を満たすことを確認の上、□にチェックを入れてください。

インターネットが使えること[eCPMS(Web site)にアクセス可能である] Yes

処方元の医療機関を連携医療機関として併せて登録できる Yes

処方元の医療機関はCPMS登録医療機関またはCPMS登録通院医療機関(登録要請中の医療機関でも可)である Yes

<要件2> 以下の要件を予定できることを確認の上、□にチェックを入れてください。

クロザリル管理薬剤師を2名以上有する Yes

ケーススタディーを実施して取扱い手順書を作成した Yes

CPMS運用手順を遵守することを約束する Yes

当保険薬局は、CPMS運用手順を遵守することを誓約し、CPMSの登録を要請します。

【処方箋を受領する保険薬局の長のご署名または記名・捺印】

(ふりがな)

氏名：

とうきょう はなみ
東京 花実

印

連絡先： 電話： 01-2345-6789 FAX： 98-7654-3210

E-mail： hanami@clozaril.com

当医療機関に通院してクロザリルを服薬している患者の情報をeCPMSにて確認することを了承します。

【処方箋を発行する医療機関の長のご署名または記名・捺印】

(ふりがな)

医療機関名：

のぼるていすびょういん
ノバルティス病院

(ふりがな)

氏名：

とらのもん じろう
虎ノ門 次郎

印

以上