

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： 年 月 日

【登録要請保険薬局】

(ふりがな)

保険薬局名： _____

所在地：(〒 -) _____

<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

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署名または記名・捺印】

(ふりがな)

氏 名： _____ 印

連絡先： 電話： _____

E-mail： _____

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精神科の長の署名または記名・捺印】

(ふりがな)

医療機関名： _____

(ふりがな)
氏 名： _____ 印

以 上