

院外処方箋における  
疑義照会の運用申し合わせ

2021年3月

光武内科循環器科病院

## 1. 疑義照会方法

- 平日・土曜 午前 8 時 30 分から午後 5 時  
疑義照会票（様式 1）に疑義内容を記載のうえ、処方箋と一緒に病院へ FAX をお願いします。  
FAX：0920-47-5404
- 時間外・日曜・祝日・緊急時  
0920-47-0023（代表）あるいは 0920-47-0051（薬剤課）に電話連絡をお願いします。

## 2. 後発医薬品への変更、一般名処方について

**※ 患者さんの不利益とならないよう必ず説明・同意を得た上で調剤してください。**

後発医薬品へ変更して調剤した内容や、一般名処方からの調剤・後発医薬品への切り替えに関する内容はお薬手帳等にて情報のフィードバックをお願いします。

FAX 連絡は不要です。

## 3. 処方修正について

当院採用薬の追加・変更・削除については電子カルテの修正を行います。ただし、当院に採用のない医薬品、規格についてはシステムの都合上、次回以降も処方箋には反映されませんのでご了承ください。

## 4. 疑義照会簡素化プロトコルについて

薬剤師法 23 条（処方箋による調剤）の第 2 項について、医師への同意取得を事前に行うようにしたものです。事前合意項目（資料 1）に基づき変更調剤する場合は、調剤前の疑義照会は不要ですが、事後に当該処方箋、および疑義照会簡素化プロトコル連絡用紙（様式 2）を病院へ FAX をお願いします。なお、この運用は当院と合意書を交わすことが必須条件となっています。

## 5. 調剤事故について

調剤事故が起こった場合は、下記の手順でご報告ください。

### 1) 調剤事故の発生が判明したら、直ちに処方医へ連絡

連絡内容：患者 ID、患者名、処方箋発行日、調剤事故の概要、薬局名、薬局の担当者  
連絡先電話番号 TEL：0920-47-0023（代表）

### 2) 処方医への連絡後、薬剤課へ連絡

連絡内容：患者 ID、患者名、処方箋発行日、調剤事故の概要、薬局名、薬局の担当者  
連絡先電話番号 TEL：0920-47-0051（薬剤課 直通）

3) 患者対応等が完了した後、調剤事故報告書（様式 3）または自施設の調剤事故報告書を薬剤課へ提出

### 4) その他

- ・調剤事故の状況により、病院長への報告を依頼することがあります。
- ・必要に応じて対応状況を、適宜定期的に薬剤課に報告いただくことがあります。
- ・重篤な副作用発生時は、直ちに処方医へ連絡してください。

様式 1. 疑義照会票

光武内科循環器科病院 疑義照会票			
疑義照会は必ずFAXにてこの照会票と処方箋をご送信ください。 受付時間：平日・土曜日 8:30～17:00      FAX：0920-47-5404（代表） 上記以外の時間や緊急の場合は電話にて対応致します。 TEL：0920-47-0023（代表）・0920-47-0051（薬剤課）			
保険薬局名			
電話番号			
FAX番号			
照会薬剤師名			
患者氏名		患者番号 <small>（処方箋左上の番号）</small>	
処方箋発行日	年    月    日	疑義照会日	年    月    日
照会内容                      どちらかにチェックを入れてください→ <input type="checkbox"/> 保険関係 <input type="checkbox"/> 保険以外 処方箋に照会内容を記載されている場合はこちらにチェックを入れてください→ <input type="checkbox"/>			
処方箋さしかえ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			
回答	<input type="checkbox"/> 処方内容に変更はありません。処方通り調剤をお願いします。 <input type="checkbox"/> 下記の内容に処方変更をお願いします		
回答者		回答日	年    月    日
【院内連絡事項】 << 電子カルテ修正 <input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未 >>			

様式2. 疑義照会簡素化プロトコル連絡用紙

光武内科循環器科病院 疑義照会簡素化プロトコル連絡用紙			
必ずFAXにてこの連絡用紙と一緒に処方箋をご送信ください。FAX：0920-47-5404			
保険薬局名			
電話番号			
FAX番号			
連絡薬剤師名			
患者氏名		患者番号 <small>(処方箋左上の番号)</small>	
処方箋発行日	年 月 日	連絡日	年 月 日
疑義照会簡素化プロトコル番号 * <input type="checkbox"/> チェックを入れてください (重複可)			
<input type="checkbox"/> 1. 一包化調剤 <input type="checkbox"/> 2. 一包化調剤指示の削除 <input type="checkbox"/> 3. 規格の変更 <input type="checkbox"/> 4. 単剤の組み合わせから元の配合剤への変更 <input type="checkbox"/> 5. 週1回あるいは月1回製剤の処方日数適正化 <input type="checkbox"/> 6. 「1日おき」あるいは「週3回」指示薬の処方日数適正化 <input type="checkbox"/> 7. 皮膚科処方におけるイトラコナゾールの用法変更 <input type="checkbox"/> 8. 残薬に伴う投与日数の調整あるいは適正化 <input type="checkbox"/> 9. 2行にわたり処方された薬剤を1行にまとめること <input type="checkbox"/> 10. 成分名が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 11. 剤型変更 <input type="checkbox"/> 12. 消炎鎮痛貼付剤のパップ剤からテープ剤への変更、またはその逆 <input type="checkbox"/> 13. 外用剤の用法追記 <input type="checkbox"/> 14. 外用剤の用法適正化 <input type="checkbox"/> 15. 経腸 (経口) 栄養剤とカリメート経口服液における味の変更			
上記に基づき変更しました。 <span style="float: right;">処方箋さしかえ <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</span> 変更内容：(処方箋に変更内容を記載されている場合はこちらに✓を入れてください→□)   			
<b>【院内連絡事項】</b> ①この連絡用紙のFAX受信後は薬剤課へ提出 ②必要時は薬剤課が電子カルテオーダを代行修正する <input type="checkbox"/> 修正済 <input type="checkbox"/> 修正しない ③②のあとこの連絡用紙と、連絡用紙と一緒に受信した処方箋を医事課でスキャンする			

様式3. 調剤事故報告書

<b>調剤事故（過誤）報告書</b>		
		薬局一病院
報告日：令和    年    月    日		
報告者名：	薬局名：	
TEL：	FAX：	
薬局所在地：〒		
開設者名：	管理薬剤師名：	医薬品安全管理責任者名：
当該薬剤師名：	常勤・非常勤／男・女／    歳／調剤経験    年	
患者年齢：    歳	患者性別：    男性    ・    女性	
調剤日時：    年    月    日    時頃	判明日時：    年    月    日    時頃	
処方内容(処方箋コピー(個人情報に係る部分は削除)を添付)・事故(過誤)の概要(疑わしい場合も含めて)：		
薬局への事故(過誤)報告者： <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者の家族(続柄：    ) <input type="checkbox"/> 処方箋発行医療機関 <input type="checkbox"/> 処置した医療機関 <input type="checkbox"/> 他薬局薬剤師 <input type="checkbox"/> その他(    )		
薬局への通報内容・事故(過誤)発見の経緯：		
事故(過誤)原因：		
被害者の状況(健康被害・要望・要求等)：		
事故(過誤)レベル： <input type="checkbox"/> 観察、検査のみ必要 <input type="checkbox"/> 治療必要 <input type="checkbox"/> 後遺症有り(    ) <input type="checkbox"/> 死亡		
薬局の対応：		
関係機関への連絡状況(報告先)： <input type="checkbox"/> 都道府県薬剤師会(担当者名：    ) <input type="checkbox"/> 保健所等(    ) <input type="checkbox"/> 警察(    ) <input type="checkbox"/> 損保会社(会社名・担当者名：    )		
薬局のとった再発防止策等：		
※書ききれない場合は、別紙に記入し添付して下さい。		
日薬版201312(一部改訂)		

## (資料1) 院外処方せんにおける疑義照会簡素化の Protocol (第5版)

社会医療法人玄州会 光武内科循環器科病院

### 「目的」

- ① 患者待ち時間の短縮と薬学的ケアの充実
- ② 形式的な疑義照会を減らすことによる調剤薬局・病院スタッフの負担軽減

### 「運用方法」

- 以下に挙げる事例は調剤前の疑義照会不要
- 変更・調剤後、調剤薬局から病院に疑義照会簡素化 Protocol 連絡用紙と該当処方箋を FAX する。FAX 番号：0920-47-5404 (一般名処方に基づいて調剤した場合の情報提供書、および後発品医薬品の変更報告の連絡は不要)
- 必要と判断したものは病院電子カルテ内の処方オーダを修正し、次回からの処方に反映させる

### 「疑義照会不要事例」

1. 「患者希望」あるいは「コンプライアンス不良で一包化が必要と判断される」等の理由により一包化調剤すること
2. 外用薬のみの処方箋など、一包化できる薬が処方されていないにもかかわらず一包化調剤を指示された処方箋において、一包化調剤の指示を消すこと
3. 別規格製剤がある場合の処方規格の変更 (ただし、安定性、利便性の向上のための変更)
  - \* 例： 5mg錠 1回2錠 → 10mg錠 1回1錠
  - 10mg錠 1回0.5錠 → 5mg錠 1回1錠
  - \* 患者さんに (飲み方、安定性、価格等) 説明、同意の上変更してください
4. 当院からの処方歴のある配合剤が、単剤の組み合わせ (同一成分および含量) に変更されたと判断でき、患者が希望した時に元の配合剤へ変更すること
  - \* 例： (薬歴) エクメット配合錠 HD 2錠
  - (今回処方) エクア錠 50mg 2錠
  - メトグルコ錠 250mg 4錠
  - エクメット配合錠 HD 2錠 に変更可能

5. 週 1 回、あるいは月 1 回製剤が、連日投与の他の処方薬と同一の日数で処方されている場合の処方日数の適正化（処方間違いが明確な場合）
  - \* 例： 他の処方薬が 14 日分処方の時  
ザファテック錠 100mg（週 1 回製剤） 1 錠 分 1 14 日分 → 2 日分
6. 「1 日おき」、あるいは「週 3 回」と指示された薬が連日投与の他の処方薬と同一の日数で処方されている場合の処方日数の適正化（処方間違いが明確な場合）
  - \* 例： 他の処方薬が 14 日分処方の時  
バクタ配合錠 1 錠 分 1 朝食後 月・水・金のみ 14 日分 → 6 日分
7. 皮膚科処方でイトラコゾールカプセルの用法が食直後でなかった場合に、用法を食直後に変更すること
8. 残薬があるため、投与日数を調整して調剤すること（自己注射剤・外用薬の本数（枚数/個数）の変更も含む）（ただし、原則次回診察日まで 2 日程度余裕をもって調整）および、Do 処方が行われたために処方日数が必要数に満たないと判断される場合の投与日数の適正化
9. 同一銘柄あるいは同一一般名の同一剤型、同一規格の 2 行にわたり処方された薬剤を 1 行にまとめること
  - \* 例： Rp1) ニフェジピン CR 錠 40mg 1 錠 分 1 朝食後  
Rp2) ニフェジピン CR 錠 40mg 1 錠 分 1 夕食後 →Rp1) 2 錠 分 2 朝・夕食後
10. 成分名が同一の銘柄変更（変更不可の処方を除く）
  - \* 例： グラクティブ錠 50 mg → ジャヌビア錠 50 mg
  - \* 後発品から先発品への変更も可（但し、初回で後発品の在庫がない場合のみ）
  - \* 患者さんに説明（飲み方、価格等）後、同意の上変更してください
  - \* 適応症が異なる場合、適応外使用にならないようご注意ください
11. 剤型の変更（剤形変更不可の処方を除く）
  - \* 例： ビオフェルミン R 錠 → ビオフェルミン R 散  
アムロジピン OD 錠 5 mg → アムロジピン錠 5 mg
  - \* 用法・用量が変わらない場合のみ可
  - \* 安定性、溶解性、体内動態等を考慮してください
  - \* 軟膏剤からクリーム剤、クリーム剤から軟膏剤の変更は不可
  - \* 患者さんに（飲み方、安定性、価格等）説明、同意の上変更してください



12. 患者の希望があった場合の消炎鎮痛剤外用貼付剤におけるパップ剤からテープ剤への変更、またはその逆（成分が同じものに限る）

\* 例： ロキソニンテープ 100mg → ロキソニンパップ 100mg

13. 外用剤の用法（適用回数、適用部位、適用タイミング等）が口頭で指示されている場合（処方せん上、用法指示が空白あるいは「医師の指示通り」が選択されている）の用法の追記

\* 例： 1日1回貼付 → 1日1回貼付 朝 腰部

\* 1日1回点眼 → 1日1回点眼 1回1滴 両眼

14. 外用剤の用法が明らかに間違いであると判断される場合の用法適正化

\* 例： クラビット点眼液 1日3回 貼付 → 1日3回 点眼

15. 患者の希望等で行う経腸（経口）栄養剤とカリメート経口服液における味の変更

\* 例： エンシュア・H（コーヒー）6缶→ エンシュア・H(バニラ)3缶、(抹茶)3缶 計6缶

平成 28 年 12 月 （初版）

平成 29 年 10 月（第 2 版）

平成 30 年 6 月改訂（第 3 版）

令和元年 8 月改訂（第 4 版）

令和 2 年 11 月改訂（第 5 版）