

院外処方箋における問合せ簡素化プロトコール

佐久総合病院 薬剤部
佐久医療センター 薬剤部
小海分院 薬剤部

▽ 「院外処方箋における問合せ簡素化プロトコール」問合せ先

- 佐久総合病院 薬剤部長：0267-82-6499（薬剤部）
- 佐久医療センター 薬剤部長：0267-88-7174（薬剤部）
- 小海分院薬剤部長：0267-78-5535（薬剤部）

処方変更に関わる原則

- 患者に不利益がなく、十分な説明をし同意を得て「同意欄」にチェックをして行ってください。
- 佐久総合病院グループ薬剤部 指定書式（処方箋右側）を用い、プロトコールについて「合意欄」にチェックをし、変更内容を記載した処方箋を該当施設の薬剤部に FAX 送信して下さい。
- 残薬調整に当たっては、残薬が発生した理由も記載して FAX 送信して下さい。
- 医師に情報提供が必要な場合には、服薬情報提供書（トレーシングレポート）をお願いします。
- 処方変更が生じたときは、お薬手帳に常用薬の状況が分かるように記載して下さい。

問合せ省略例（ただし、麻薬、注射薬に関するものは除く）

①	成分名が同一の銘柄変更	<ul style="list-style-type: none"> • ノルバスク錠 5mg → アムロジン錠 5mg
②	剤形の変更 (内服薬に限る)	<ul style="list-style-type: none"> • アレロック OD → アレロック錠 • ビオフェルミン R 散 → ビオフェルミン R 錠 • アスベリン錠 10mg 2錠 → アスベリン散 10% 0.2g
③	別規格製剤がある場合の処方規格の変更	<ul style="list-style-type: none"> • アムロジン錠 2.5mg 2錠 → アムロジン錠 5mg 1錠
④	処方薬剤を半錠や粉砕、混合すること、あるいはその逆（規格追加も含む）。ただし、抗腫瘍剤を除く。	<ul style="list-style-type: none"> • ワーファリン錠 1mg 1.5錠 ↑ ↓ (双方とも可) ワーファリン錠 1mg 1錠 + ワーファリン錠 0.5mg 1錠
⑤	一包化調剤、あるいはその逆（抗悪性腫瘍剤、およびコメントに「一包化不可」とある場合は除く）	
⑥	湿布薬や軟膏での規格変更に関する こと（合計処方量が変わらない場合） ※ 軟膏 ⇄ クリームは不可 ※ 合計処方量が変わらない場合のみ可	<ul style="list-style-type: none"> • セルタッチテープ（7枚入り）6袋 → セルタッチテープ（6枚入り）7袋 • マイザー軟膏 5g 10本 → マイザー軟膏 10g 5本
⑦	一般名処方における調剤時の類似剤形への変更（先発品類似剤形の変更を含む）	<p>【般】</p> <ul style="list-style-type: none"> • プロチゾラム OD 錠 0.25mg → プロチゾラム OD 錠 0.25mg 「サワイ」 → レンドルミン D 錠 0.25mg
⑧	残薬の調整に伴う処方日数変更	<ul style="list-style-type: none"> • プラビックス錠 75mg 30日分 → 25日分（5日分残薬あり） • リンデロン-VG 軟膏 0.12% 10g 2本 → 1本（1本残薬あり） <p>(注) 不足分による処方追加は電話による疑義照会となります。</p>

⑨	配合剤が単剤の組み合わせに変更された場合に、元の配合剤へ変更すること（薬歴などに基づき、佐久病院グループへの入院により変更されていることを確認すること）	(薬歴上) ミカムロ配合錠 AP 1錠 (今回処方) ミカルディス錠 40mg 1錠 アムロジピン OD 錠 5mg 1錠 → ミカムロ配合錠 AP 1錠に変更可
⑩	漢方製剤の食後指示の用法確認	
⑪	患者希望があった場合の消炎鎮痛外用貼付剤における、パップ剤⇄テープ剤、冷湿布⇄温湿布への変更（成分が同じ物に限る。枚数に関しても同じとする。）	<ul style="list-style-type: none"> ロキソニンパップ 100mg →ロキソニンテープ 100mg
⑫	週1回製剤、あるいは隔日投与など、連日投与の他の処方薬と同一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）	<ul style="list-style-type: none"> ベネット錠 17.5mg（週1回製剤）1錠分 14日分 → 2日分 ザファテック錠 100mg（週1回製剤）1錠分 14日分 → 2日分 他の処方薬が 30日分処方の時 バクタ 1錠分 1 朝食後 1日おき 30日分 → 15日分
⑬	用法が『医師の指示通り』と処方箋に記載があり、具体的な用法を別紙又は口頭にて指示されている場合の用法追記	<ul style="list-style-type: none"> ラシックス(20) 1回1錠 医師の指示通り → 体重が〇kg 増加したときに内服

2022年11月1日（第1版）

院外処方箋

(1頁 / 1)

2001 出力日時: 2022/10/27 13:50

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

患者番号: 9999700033 科名 C内科

公費負担者番号	保険者番号	3	9						
公費負担医療の受給者番号	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	1 2 4 3 4 6 7							

フリガナ	テスト 確認 様	年齢	82歳9ヶ月
氏名		保険医療機関の所在地及び名称	長野県 *****
生年月日	昭和15年01月01日 (男)	電話番号	*****
区分	① 被保険者 ② 被扶養者	保険氏名	医師(代表) 印
交付年月日	令和04年10月27日	処方箋の使用期間	年月日

01	【般】 アスピリン錠10mg 1日1回 朝食後	1錠	3日分
02	【般】 ロキソニン錠60mg 1日1回 朝食後	1錠	3日分
03	【般】 アスチアシン錠25mg 1日3回 朝食後 食直後	3錠	3日分

以下 余白

高7

「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)

☐ 残薬調整後の報告書 ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供

調剤年月日	年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号							

指定書式

※患者様へ：以下の記載についてはお薬の受け取り方法に変更はありません
「院外処方箋における問合せ簡素化プロトコール」による処方修正報告書

報告日	年 月 日	担当薬剤師	
保険薬局名		TEL	()
住所			

チェックがないものは無効

患者からの同意 得た 得ていない

「院外処方箋における問合せ簡素化プロトコール」に同意します

当院ホームページにてプロトコールを確認のうえ、問合せ省略内容に○をし、変更内容を記載してFAXして下さい。

① 成分名が同一の変更	② 剤形の変更	③ 別規格がある場合の変更
④ 半錠/粉碎/混合	⑤ 一包装 or その逆	⑥ 湿布薬/軟膏の規格変更
⑦ 類似剤形への変更	⑧ 残薬調整に伴う日数変更	⑨ 元の配合剤への変更
⑩ 漢方の食後の確認	⑪ 消炎鎮痛外用貼付剤	⑫ 週1回製剤等の日数適正化
= 記載欄 =		⑬ 医師の指示通りの用法追記

上記をご確認・ご記入いただき、
末尾に記載のFAX番号にお送りください。

送付先: 佐久医療センター
該当薬剤部 FAX: 0267-88-7196

疑義照会をした処方箋についてはこの書式を使用しないで下さい。