

調剤薬局各位

院外処方処方箋における疑義照会の運用について

日頃より、むさしの救急病院の院外処方箋の発行にご協力いただきありがとうございます。疑義照会簡素化プロトコルに基づき調剤上の問い合わせを簡素化し、患者様の待ち時間短縮、保険薬局薬剤師・処方医の業務負担を軽減いたします。

標記の件につきましてご連絡させていただきます。

ご確認のほど、よろしくお願いいたします。

1、各種問い合わせ窓口

- ① 疑義照会（調剤・薬剤に関する疑義・質疑に関すること）→薬剤科
- ② 保険（保険番号、公費負担などに関すること）→医事課

2、疑義照会不要例

① 成分名が同一の銘柄変更

例：アムロジン OD 錠 5 mg⇒ノルバスク OD 錠 5 mg

⇒アムロジピン OD 錠 5 mg「明治」

※必ず患者様に説明（価格、服用方法）、同意を得て変更してください。

※商品名が変わる変更は、「後発薬品変更可」の場合のみ可能です。

※流通の問題で、後発薬品から先発薬品への変更も可能です。

※医薬品の切り替えに関する内容は所定の用紙にて FAX 連絡をお願いします。

② 剤形の変更

例：セルベックス細粒⇒セルベックスカプセル

リリカカプセル 25 mg⇒リリカ OD 錠 25 mg

サワシリンカプセル 250 mg⇒サワシリン錠 250 mg

〈注意〉製剤的特性が異なる場合は不可

例：デパケン R 錠⇒デパケンシロップ

※必ず患者様に説明（価格、服用方法）、同意を得て変更してください。

※用法、用量が変わらない場合のみ変更可。

※安定性、体内動態などを考慮してください。

※外用薬の変更は不可です。疑義照会をお願いします。

③ 別規格の製剤がある場合、処方規格を別の規格へ変更すること

例：5 mg錠 1 回 2 錠⇒10 mg 1 回 1 錠

40 mg錠 0.5 錠⇒20 mg錠 1 錠

※必ず患者様に説明（価格、服用方法）、同意を得て変更してください。

④ 残薬調整に伴う日数、数量の減量

※必ず患者様に説明、同意を得て変更してください。

※処方削除は不可（処方日数を 0 にする）。

⑤ 処方製剤をコンプライアンス等の理由により、無料で粉碎や混合を行うこと。

※安定性、体内動態などを考慮し、患者様に説明、同意を得てください。

⑥ 処方製剤をコンプライアンス等の理由により、無料で 1 包化を行うこと。

※安定性、体内動態などを考慮し、患者様に説明、同意を得てください。

⑦ 湿布薬や軟膏での規格変更・用法に関すること（総量が変わらないときのみ適応）

例：アズノール軟膏 20 g 5 本⇒アズノール軟膏 100 g

モーラスパップ 30 mg 6 枚入れ 7 袋⇒モーラスパップ 30 mg 7 枚入れ 6 袋

ヒアレイン点眼液 0.1% 1 瓶症状発現時⇒

ヒアレイン点眼液 0.1% 1 瓶両目目の乾燥時 1 日 4 回まで

※適用回数、適用部位、適用タイミングなどの場合のみ可能です。

※患者様との面談あるいは薬歴上、用法が明確な限り可能です。

※経皮吸収による全身作用を目的とする薬剤は不可脳です。

⑧ 経過措置による銘柄変更に関すること

※必ず患者様に説明、同意を得て変更、調剤してください。

在庫がないことを理由に処方変更や調剤拒否がないようお願いします。

患者様がお困りの時は近辺の薬局を教えてあげてください。

3、その他

※散剤の投与量で不明な点があるときは疑義照会をお願いします。

※調剤過誤、副作用発生時などの連絡は必ず電話連絡をお願いします。

※お薬手帳などによる情報のフィードバックの推進をお願いします。

※疑義照会・後発医薬品・変更報告書の FAX をお願いします。

※2 回目以降の連絡（FAX）は不要です。

4、運用開始

2026 年 9 月 1 日より

むさしの救急病院 薬剤科 電話対応時間 月～土 9 時から 17 時まで

医事課 電話対応時間 月～土 9 時から 17 時まで

〒187-0031 東京都小平市小川東町 1 丁目 2 4 番 1 号

TEL042-313-5520（代表）

FAX042-313-5545（代表）

疑義照会プロトコル開始手順

本プロトコルへの参画をご希望される場合、以下の手順でご対応ください。

1. 院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコルの内容を確認お願いします。
2. 「合意書」を1部、保険薬局名および住所・**代表者名（捺印）**を記入してください。登録番号は薬局開設許可証の許可番号です。薬局許可開設証のコピーをFAXで送ってください。
3. 記入した合意書1部をむさしの救急病院薬剤科へFAXする
4. 当院で合意書を完成させ、1部を保険薬局用としてFAXする
5. 保険薬局は合意書を受領後、本プロトコルに基づいた運用を開始します。

注）合意書の代表者名は、薬局の責任者（開設者、管理薬剤師）とします。

なお、代表者が変更となる場合は、再度合意書の提出をお願いします

【送付先】むさしの救急病院 薬剤科 DI 室 宛

FAX 薬剤科直通 042-313-5697

合意書

医療法人社団晃悠会むさしの救急病院と は、院外処方箋における疑義照会の運用について、下記の通り合意した。なお、保険薬局での運用においては、患者は不利益を被らないように、十分な説明の上、合意を得てから行うものとする。

記

1. 院外処方箋に係る個別の処方医への同意確認を不要とする項目について

「院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル」（別紙）に挙げる疑義照会不要例については、包括的に薬剤師法第 23 条に規定する医師の同意がなされたとして、個別の処方医への同意の確認を不要とする。（参考：薬剤師法第 23 条）

- (1) 薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。
- (2) 薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せンを交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。

2. 登録番号

3. 運用開始日： 年 月 日

4. 合意の解除および内容の変更について

合意の解除および内容の変更については、必要時協議を行うこととする。

以上

年 月 日

名称：医療法人社団晃悠会むさしの救急病院

住所：〒187-0031 東京都小平市小川東町1丁目24番1号

代表者： 病院長 木庭 雄至 印

保險藥局名称：

住所：

電話番号

FAX

代表者：

印

送信先：むさしの救急病院宛

令和 年 月 日

FAX 042-313-5697（薬局直通）

報告医療機関名

TEL 042-313-5679（薬局直通）

疑義照会・後発医薬品・変更報告書

TEL

FAX

患者ID	患者名	処方日	診療科	医師名	変更内容・詳細
			科	医師	後発品変更・1包化・日数変更・重複・外用薬・メーカー変更・用法・検査値による疑義・その他 詳細
			科	医師	後発品変更・1包化・日数変更・重複・外用薬・メーカー変更・用法・検査値による疑義・その他 詳細
			科	医師	後発品変更・1包化・日数変更・重複・外用薬・メーカー変更・用法・検査値による疑義・その他 詳細
			科	医師	後発品変更・1包化・日数変更・重複・外用薬・メーカー変更・用法・検査値による疑義・その他 詳細
			科	医師	後発品変更・1包化・日数変更・重複・外用薬・メーカー変更・用法・検査値による疑義・その他 詳細