

保険薬局の皆様へ

平素より当院の診療にご協力いただき、ありがとうございます。

このたび、院外処方疑義照会簡素化に関する新たなプロトコルを作成いたしました。

つきましては、貴薬局において内容をご確認いただき、円滑な運用のためにプロトコルに関する合意文書の締結をお願い致したく存じます。

ご意見やご不明点等がございましたら、遠慮なくお知らせください。

今後とも、地域医療の質向上と安全な処方連携のため、ご理解とご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

公益財団法人星総合病院 星ヶ丘病院

病院長 竹内 賢

保険薬局の皆様へ

星ヶ丘病院

院外処方箋における

疑義照会簡素化プロトコル

星ヶ丘病院薬剤部

2026年2月1日

保険薬局の皆様

「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」合意までの流れ

星ヶ丘病院薬剤部

本取り組みへの参画を希望される場合、以下の手順による申し合わせの締結を致しますのでよろしくお願いいたします。

1. 星ヶ丘病院ホームページの「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」の内容を確認しご理解いただく
2. 「合意書」をダウンロードし印刷
3. 「合意書」の所定欄に保険薬局の名称、住所、代表者氏名を記入・押印
 - ・保険薬局の名称変更や責任者（管理薬剤師等）変更及びプロトコルの内容に変更があった場合は再度合意書の提出をお願いします
 - ・合意書は2部作製してください
4. 作成した「合意書」2部と宛先を記載した返信用の封筒1部（切手は不要です）を星ヶ丘病院薬剤部へ郵送
5. 星ヶ丘病院薬剤部は保険薬局から合意書が到着後、運用開始日を記入、押印し1部を保険薬局へ返送（1部は当院保管）
6. 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する

郵送先

〒963-0211

福島県郡山市片平町字北三天7

公益財団法人星総合病院 星ヶ丘病院 薬剤部

以上

院外処方箋における疑義照会簡素化の Protokol

公益財団法人星総合病院 星ヶ丘病院

1. 各種問い合わせ窓口

(ア) 処方内容に関すること

受付時間 月曜日～土曜日:8時30分から17時30分

電話番号 024-952-6411(令和8年3月末まで)

024-951-0788(令和8年4月から)

(イ) 保険者番号等に関すること(保険者番号、公費負担など)

電話番号 024-952-6411(代)

2. 処方変更後・調剤後の連絡

処方変更して調剤した場合は、その内容をFax(024-962-2221)にて薬剤部に連絡をお願いいたします。

オーダリングシステム内の修正が必要と判断した場合には、次回からの処方に反映されます。ただし一般名処方に基づいて調剤した場合の情報提供書は不要です。

3. 疑義照会の不要例

原則事項

●必ず患者さんに、服用方法、使用方法、価格、安定性、を十分に説明し、理解と同意を得たうえで変更する

●いずれの場合も医療用麻薬、抗がん剤、覚せい剤原料については対象外とする

(ア) 成分が同一の銘柄変更(変更不可の処方を除く)

例1、ジャヌビア錠50mg → グラクティブ錠50mg

- 先発品間(併売品)の変更は可
- 初回で後発品の在庫がない場合、後発品が入手困難な場合は先発品への変更可
- 適応症が異なる場合、適応外使用にならないように留意する

(イ) 剤型の変更(剤型変更不可の処方を除く)

例1、アムロジピンOD錠5mg → アムロジピン錠5mg

- 外用剤の基剤変更は不可
- 錠⇔散の変更は不可

(ウ) 別規格製剤がある場合の処方規格の変更

例1、20mg錠1回2錠 → 40mg1回1錠

例2、20mg錠1回0.5錠 → 10mg1回1錠

例3、リンデロンVG軟膏5g 2本 → リンデロンVG軟膏10g 1本

- 必ず患者さんに服用方法、価格を説明したうえで同意を得て変更する
- 外用薬は合計処方量が変わらない場合のみ変更可
- コンサータ錠は対象外

(エ) アドヒアランス等の理由による一包化、半錠、粉碎、あるいは混合調剤

- 安定性データに留意する

(オ) 服用歴のある単剤の組み合わせを配合錠に変更すること、あるいはその逆

例1、レザルタス配合錠HD1錠 → オルメサルタン錠20mg1錠

アゼルニジピン錠16mg1錠

例2、アムロジピンOD錠5mg1錠 → ザクラス配合錠HD1錠

アジルサルタン錠20mg1錠

(カ) 用法が指定されている薬剤における指定外の用法が記載されていた場合の
用法変更は過去に疑義総会が取れていれば変更可

例1、ビスホスホネート製剤の用法が起床時以外 → 起床時に変更可

(キ) 外用剤の用法(適用回数、適用部位、適用タイミング等)で添付文書に従った
指示が口頭でされている場合に用法を追記する

(ク) 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1、リセドロン酸Na錠17.5mg 1錠 1日1回起床時 週1回水曜日 28日分

→ 4日分

(ケ) 「1日おきに服用」や「火・金曜日に服用」等と指示された処方薬が、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1、フロセミド錠20mg1錠 1日1回朝食後 1日おきに服用 28日分

→14日分

- (コ) 処方変更がない場合で、薬歴上継続処方されている処方薬に残薬があるため、投与日数を調整(短縮)して調剤する(外用剤の本数等変更を含む)

例1、マグミット錠330mg3錠 1日3回朝・昼・夕食後 30日分

→10日分(残薬が20日分あるため)

- トレーシングレポートを用いた当院への情報提供をする。トレーシングレポートがない場合には、次回診察時に患者に不利益が生じることもあり得るので厳守する

4. その他

- 「お薬手帳」、「トレーシングレポート」、「疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書」等による情報のフィードバックをお願いいたします。
- 疑義照会で、処方変更がある処方内での残薬調整は不可といたしますのでご了承ください。

例1、 前回Rp1) タンドスピロン錠 5 mg 2錠

エチゾラム錠 0.5 mg 2錠

マーズレンS配合顆粒 1g 1日2回 朝・夕食後

↓↓

今回Rp1) タンドスピロン錠 5 mg 2錠

エチゾラム錠0.5mg 2錠

アルプラゾラム錠0.4mg 2錠

マーズレンS配合顆粒 1g 1日2回 朝・夕食後

前回処方が10日分余っているのでアルプラゾラムだけ10日分追加で処方が欲しい(またはその逆で、前回処方の残薬があるので追加薬剤以外の処方日数を変更する)などには応じられません。

- 調剤過誤、副作用発生等の連絡新規合意に関する問い合わせは下記までお願いいたします。

連絡先 星ヶ丘病院薬剤部 電話番号 024-952-6411(代)

FAX 024-962-2221

合意書

公益財団法人星総合病院 星ヶ丘病院と（保険薬局名称）_____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疑義照会簡素化プロトコル」（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条第2項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、販売また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、その処方せんを交付した医師、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. 運用開始日

20 年 月 日

3. 合意の解除及び内容の変更について

合意の解除及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

20 年 月 日

名称：公益財団法人星総合病院 星ヶ丘病院

住所：〒963-0211 福島県郡山市片平町字北三天7

代表者： 病院長 竹内 賢 印

20 年 月 日

名称：

住所：〒

代表者： 印



送付先≫公益財団法人星総合病院 星ヶ丘病院薬剤部 FAX : 024-962-2221

疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書

報告日 年 月 日

処方医 : 科 先生御机下

患者ID: 患者氏名: 生年月日:	保険薬局名称・住所
処方日:	電話番号:
患者または代諾者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄:	担当薬剤師:

合意に基づき以下について疑義照会を省略いたしましたのでご報告いたします。

- 同一成分・同一規格の銘柄変更
- 剤型変更
- 別規格がある場合の処方規格変更
- 一包化、半錠、粉碎など
- 単剤から配合剤への変更またはその逆
- 指定外用法からの変更
- 外用薬の用法追記
- 週1回、または月1回製剤の処方日数適正化
- 隔日投与等特定の指示があるにも関わらず他の薬剤と同日数で処方されていた場合の日数適正化
- 処方変更がなく継続処方である薬剤の残薬調整のための日数調整

修正内容詳細

【注意】 こちらのフォーマットは疑義照会の場合は使用しないでください。プロトコルによる処方修正に則った内容のみ記入してください。疑義照会の場合はトレーシングレポートを提出してください

緊急性のある場合は電話にて問い合わせをお願いします

薬剤部	処方医	医事課	薬剤部
			保管