

疑義照会簡素化プロトコルについて

公立大学法人福島県立医科大学附属病院

薬剤部 須藤 孝浩

疑義照会簡素化プロトコル

【目的】

調剤上の形式的及び典型的な変更に伴う疑義照会を減らし、患者さんへの薬学的ケアの充実および処方医や保険薬局の負担軽減を図る。

【期待される効果】

- ◆ 病院側；形式的な疑義照会が減る

- ⇒ 診療に専念できる

- ◆ 薬局側；疑義照会に係る業務負担軽減

- ⇒ 調剤時間短縮、患者さんへの服薬指導時間の確保につながる

- ◆ 患者；保険薬局での待ち時間短縮

- ⇒ 患者が感じている服薬上の問題をその場で解決することが可能となる

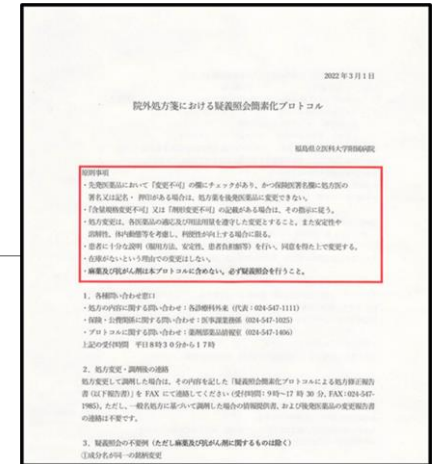
疑義照会簡素化プロトコル

【医療機関と調剤薬局との事前の取り決めにより、処方医への疑義照会を省略する】

◆ 取り決め事例

1. 成分が同一の銘柄変更
2. 剤形変更(安定性、利便性の向上のための変更に限る)
3. 別規格製剤がある場合の処方規格の変更(安定性、利便性の向上のための変更に限る)
4. 半割・粉碎・混合 など
5. 医療上の必要性が認められる一包化(患者が負担を認めた場合のみ可)
6. 一般名処方における調剤時の類似剤形への変更(先発品類似剤形への変更を含む)
7. 湿布薬や軟膏での規格変更(合計処方量が変わらない場合)
8. 配合剤への変更
9. 乳酸菌製剤の変更
10. 処方日数の適正化
11. 用法記載の補完
12. 残薬調整に関する疑義照会

★麻薬と抗がん剤は対象外！



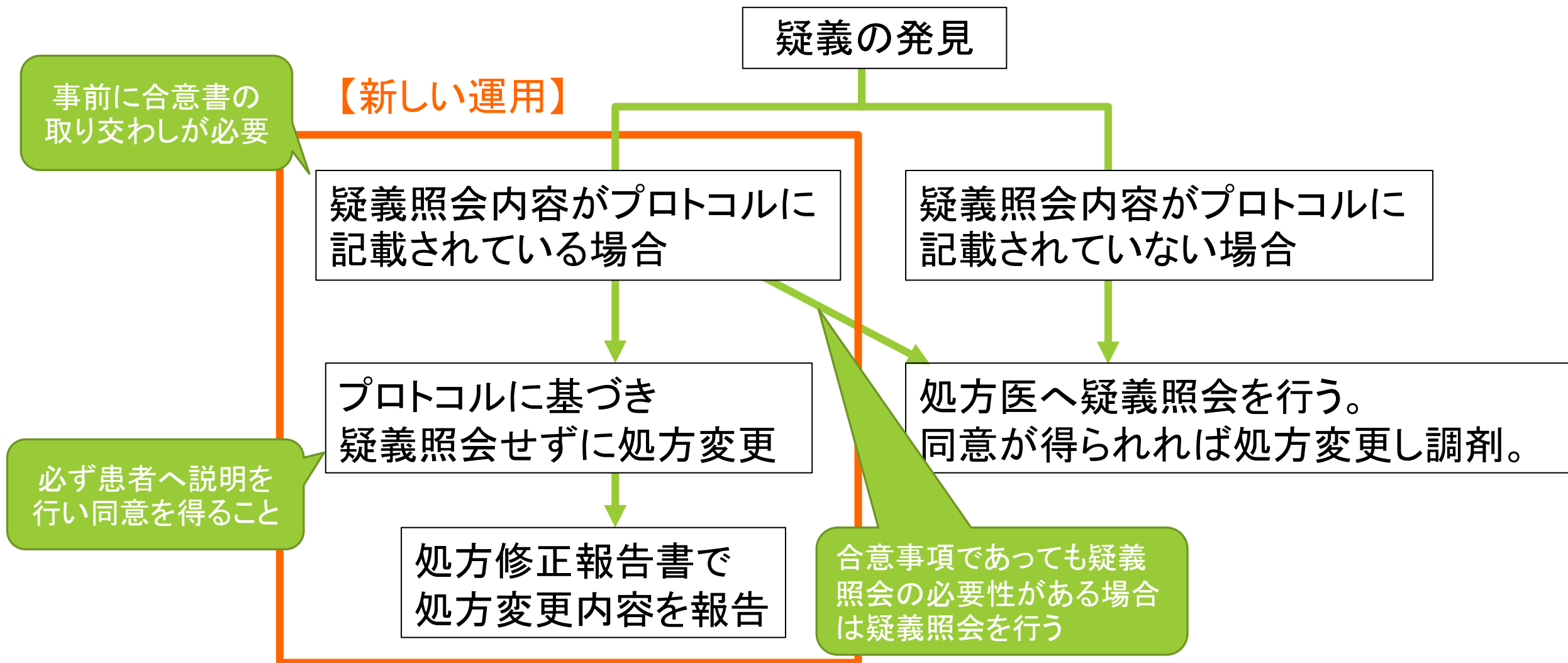
疑義照会簡素化プロトコル

【実施施設】

- ◆ 東北・北海道地区 : 東北大学、山形大学
- ◆ 福島市 : 福島赤十字病院
- ◆ 公立大学病院 : 横浜市立大学附属市民総合医療センター
京都府立医科大学
和歌山県立医科大学 など

運用を開始する施設は増加傾向にある。

疑義照会簡素化プロトコルの運用開始後



(送信先) 公立大学法人福島県立医科大学附属病院 医事課 FAX:024-547-1985

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： 令和 年 月 日

処方医	科	先生
患者氏名：	保険薬局名：	
患者ID：	登録番号：	
処方日：令和 年 月 日	電話番号：	
患者からの同意：□得た □得ていない	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御報告いたします。

【処方修正内容】

- ☐①成分名が同一の銘柄変更
 ☐⑦湿布薬や軟膏等の規格変更
☐②剤形変更
 ☐⑧配合剤への変更
☐③別規格製剤がある場合の処方規格変更
 ☐⑨乳酸菌製剤の変更
☐④半割・粉碎・混合
 ☐⑩処方日数の適正化（ア・イ）
☐⑤一包化調剤への変更
 ☐⑪用法記載の補完（ア・イ・ウ・エ）
☐⑥一般処方方における調剤時の類似剤形への変更
 ☐⑫残薬調整に関する疑義照会

【修正箇所詳細記入欄】

[illegible]

※疑義照会を行ったものは、このフォーマットを使用しないでください。

緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

プロトコルに基づいた処方変更は、
「処方修正報告書」で報告をお願いします。

合意書に記載された登録番号を記入

提出先は FAX024-547-1985

保険薬局の皆様へ

後発医薬品の変更に関する情報提供書については、
以下の番号へお送りください。

FAX:024-547-1985

服薬情報等提供書(トレーシングレポート)については、
以下の番号へお送りください。

FAX:024-547-1404

なお、送付の際には、対象の方の当院の患者番号についても、
併せて記載頂ければ幸いです。
(処方箋上に記載あり)

公立大学法人福島県立医科大学附属病院

今回から保険薬局さんから提出いただく報告書は4種類となります。それぞれ提出先が異なりますのでお間違いなく！

医事課

「疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書」
「後発医薬品の変更に関する情報提供書」

薬剤部DI室

「トレーシングレポート」
「がん薬物療法に関するトレーシングレポート」

疑義照会簡素化プロトコル開始までの流れ



公立大学法人
福島県立医科大学附属病院 薬剤部

[HOME](#) [薬剤部理念・特長](#) [教育・研修体制](#) [薬剤部の現場](#) [福利厚生・職場環境](#) [採用案内](#) [お知らせ](#)



インフォメーション

2022.02.16 「[薬剤部見学会 募集終了](#)」のお知らせ

2022.01.26 「[令和3年度 薬局薬剤師を対象としたがん領域研修会](#)」開催のお知らせ

2021.12.23 「[薬剤部見学会](#)」開催のお知らせ

ピックアップコンテンツ

当面はこちらに表示されます

薬剤部HPに掲載されている『院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル』と『合意までの流れ』を御確認ください

2022年3月1日

院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル

福島県立医科大学附属病院

原則事項

- ・先発医薬品において「変更不可」の欄にチェックがあり、かつ保険医署名欄に処方医の署名又は記名・押印がある場合は、処方薬を後発医薬品に変更できない。
- ・「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」の記載がある場合は、その指示に従う。
- ・処方変更は、各医薬品の適応及び用法用量を遵守した変更とすること。また安定性や溶解性、体内動態等を考慮し、利便性が向上する場合に限る。
- ・患者に十分な説明（服用方法、安定性、患者負担額等）を行い、同意を得た上で変更する。
- ・在庫がないという理由での変更はしない。
- ・**麻薬及び覚醒剤は本プロトコルに含めない。必ず警察官面を行うこと。**

1. 各種問い合わせ窓口

- ・処方内容に関する問い合わせ：各診療科外来（代表：024-547-1111）
 - ・保険・公費関係に関する問い合わせ：民事課業務係（024-547-1025）
 - ・プロトコルに関する問い合わせ：薬剤部薬品情報室（024-547-1406）
- 上記の受付時間 平日8時30分から17時

2. 処方変更・調剤後の連絡

処方変更して調剤した場合は、その内容を記した「疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書（以下報告書）」をFAXにて連絡してください（受付時間：9時～17時30分、FAX：024-547-1985）。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、および後発医薬品の変更報告書の連絡は不要です。

3. 疑義照会の不要例（ただし麻薬及び覚醒剤に関するものは除く）

①成分が同一の銘柄変更

例：ベネット錠 17.5mg → アクトネル錠 17.5mg
→ リセドロン酸Na錠 17.5mg「タナベ」

※先発品間でも可。

※必ず患者に服用方法、患者負担額等を説明後、同意を得て変更してください。

令和4年3月1日

保険薬局の皆様

『院外処方箋に関する問い合わせ簡素化プロトコル』合意までの流れ

【本取り組みへの参画をご希望される場合】

- ① 福島県立医科大学附属病院薬剤部ホームページ上の「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」の内容を確認する。
- ② 「合意書」と「保険薬局基本情報提供書」をダウンロードし、印刷する。
- ③ 「合意書」に保険薬局名および住所・代表者名を所定欄に記入する。
 - ※ 代表者名は、薬局の責任者（開設者、管理薬剤師など）。
 - ※ 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。
 - ※ 登録番号・運用開始日・合意日の記入は行わないでください。
- ④ 「保険薬局基本情報提供書」に記入する。
- ⑤ 記入した合意書2部と「保険薬局基本情報提供書」1部を福島県立医科大学附属病院薬剤部 医薬品情報室へ郵送する。

〒960-1295 福島市光が丘1番地

福島県立医科大学附属病院薬剤部 医薬品情報室

 - ※ 宛先を記載した返信用封筒の同封をお願いします。（切手の貼付は不要です）
- ⑥ 病院は、保険薬局からの合意書が到着後、不備がないか確認する。登録番号・運用開始日を記入し、病院長印が押印された薬局用の合意書1部を返送する。
- ⑦ 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。

以上

プロトコルの内容については十分な理解をお願いします。

2022年3月1日

院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル

福島県立医科大学附属医院

原則事項

- ・先発医薬品において『変更不可』の欄にチェックがあり、かつ保険医署名欄に処方医の署名又は記名・押印がある場合は、処方薬を後発医薬品に変更できない。
- ・『含量規格変更不可』又は『剤形変更不可』の記載がある場合は、その指示に従う。
- ・処方変更は、各医薬品の適応及び用法用量を遵守した変更とすること。また安定性や溶解性、体内動態等を考慮し、利便性が向上する場合に限る。
- ・患者に十分な説明（服用方法、安定性、患者負担額等）を行い、同意を得た上で変更する。
- ・在庫がないという理由での変更はしない。
- ・**麻薬及びがん剤は本プロトコルに含めない。必ず稟議照会を行うこと。**

1. 各種問い合わせ窓口

- ・処方内容に関する問い合わせ：各診療科外来（代表：024-547-1111）
- ・保険・公費関係に関する問い合わせ：医事課業務係（024-547-1025）
- ・プロトコルに関する問い合わせ：薬剤部薬品情報室（024-547-1406）

上記の受付時間 平日8時30分から17時

2. 処方変更・調剤後の連絡

処方変更して調剤した場合は、その内容を記した「疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書（以下報告書）」をFAXにて連絡してください（受付時間：9時～17時30分、FAX：024-547-1985）。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、および後発医薬品の変更報告書の連絡は不要です。

3. 疑義照会の不要例（ただし麻薬及びがん剤に関するものは除く）

①成分名が同一の銘柄変更

例：ベネット錠 17.5mg → アクトネル錠 17.5mg
→ リセドロン酸Na錠 17.5mg「タナベ」

※先発品間でも可。

※必ず患者に服用方法、患者負担額等を説明後、同意を得て変更してください。

令和4年3月1日

保険薬局の皆様

『院外処方箋に関する問い合わせ簡素化プロトコル』合意までの流れ

【本取り組みへの参画をご希望される場合】

- ① 福島県立医科大学附属医院薬剤部ホームページ上の「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」の内容を確認する。
- ② 「合意書」と「保険薬局基本情報提供書」をダウンロードし、印刷する。
- ③ 「合意書」に保険薬局名および住所・代表者名を所定欄に記入する。
※ 代表者名は、薬局の責任者（開設者、管理薬剤師など）。
※ 代表者が増える場合は、再度合意書の提出をお願いします。
※ 登録番号・運用開始日・合意日の記入は行わないでください。
- ④ 「保険薬局基本情報提供書」に記入する。
- ⑤ 記入した合意書2部と「保険薬局基本情報提供書」1部を福島県立医科大学附属医院薬剤部 医薬品情報室へ郵送する。
〒960-1295 福島市光が丘1番地
福島県立医科大学附属医院薬剤部 医薬品情報室
※ 宛先を記載した返信用封筒の同封をお願いします。（切手の貼付は不要です）
- ⑥ 病院は、保険薬局からの合意書が到着後、不備がないか確認する。登録番号・運用開始日を記入し、病院長印が押印された薬局用の合意書1部を返送する。
- ⑦ 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。

合意書

公立大学法人福島県立医科大学附属病院と（保険薬局名称）
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
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
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
いは、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
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
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
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
剤しない。

2. 登録番号 _____

3. 運用開始日：令和 ____ 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。

令和 ____ 年

名称：公立大学法人福島県立医科
住所：〒960-1295 福島市光が丘 1
代表者： 病院長 竹石 恭知

名称：
住所：
代表者：

合意書

公立大学法人福島県立医科大学附属病院と（保険薬局名称）
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
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：令和 ____ 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

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

名称：公立大学法人福島県立医科大学附属病院
住所：〒960-1295 福島市光が丘 1 番地
代表者： 病院長 竹石 恭知 印

名称：
住所：
代表者： _____ 印

赤丸で囲った2か所
のみ記載すること。
押印を忘れずに

登録番号・運用開始
日・合意年月日は記入
しないこと

合意書は薬局店舗ごとに取り交わします。

提出は、病院用と保険薬局用の2通。

記載例を参考に
赤丸で囲った2か所のみ記載してください。
押印も忘れずに！

代表者には、保険薬局の開設者を記載
されることをお勧めします。転勤など異
動がある管理薬剤師の先生の記載はお
控えください。

保険薬局基本情報提供書

2022/2/28

記載例

項目	
薬局名	光が丘調剤薬局
薬局名フリガナ	ヒカリガオカチョウザイヤッキョク
代表者名（開設者）	医大 太郎
代表者名フリガナ	イダイ タロウ
実務担当者名（管理薬剤師）	医大 花子
実務担当者名フリガナ	イダイ ハナコ
郵便番号	960-1 ●●●
住所	福島県福島市光が丘●●番地
電話番号	024-547-●●●●
FAX番号	024-547-●●△△
e-mailアドレス	e-mail； あれば記載をお願いします
営業日	月曜～金曜終日、土曜日は午前中のみ
営業時間	9：00～18：00、土曜日のみ12時で受付終了

※薬局店舗ごとに提出をお願いします。

提供いただいた個人情報は本プロトコルの円滑な運用のために利用いたします。目的以外の利用は行いません。

個人情報の利用と管理は厳重に行いますので、
情報提供に御協力を御願いたします

保険薬局 基本情報提供書

項目	
薬局名	
薬局名フリガナ	
代表者名（開設者）	
代表者名フリガナ	
実務担当者名（管理薬剤師）	
実務担当者名フリガナ	
郵便番号	
住所	
電話番号	
FAX 番号	
e-mail アドレス	
営業日	
営業時間	

※薬局店舗ごとに提出をお願いします。

提供いただいた個人情報は本プロトコルの円滑な運用のために利用いたします。

目的以外の利用は行いません。

個人情報の取り扱いには十分な注意を払い、いかなる場合も第3者に提供いたしません。

公立大学法人福島県立医科大学
院外処方箋における疑義照会の運用
においては、患者は不利益を被
とする。

1. 院外処方箋に係る個別の処方
「院外処方箋における疑義照会
については、包括的に薬剤師法第
個別の処方医への同意の確認
(参考：薬剤師法第23条)

(1) 薬剤師は、医師、歯科医
目的で調剤してはなら
(2) 薬剤師は、処方せんに記
歯科医師又は獣医師の同
ない。

2. 登録番号

3. 運用開始日：令和 年

4. 合意の解除および内容の変更
合意の解除および内容の変更

合意書

公立大学法人福島県立医科大学附属病院（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：令和 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

令和 年 月 日

名称：公立大学法人福島県立医科大学附属病院

住所：〒960-1295 福島市光が丘1番地

代表者： 病院長 竹石 恭知 印

名称：

住所：

代表者： 印

赤丸で囲った2か所
のみ記載すること。
押印を忘れずに

登録番号・運用開始
日・合意年月日は記入
しないこと

提出書類は以下の3点

- ①合意書2通
- ②保険薬局基本情報提供書1部
- ③宛名を記載した返信用封筒(切手の貼付は不要)

書類は折りたたまずにクリアファイルに入れて郵送してください

保険薬局基本情報提供書

2022/2/28

項目	
薬局名	光が丘調剤薬局
薬局名フリガナ	ヒカリガオカチョウザイヤッキョク
代表者名(開設者)	医大 太郎
代表者名フリガナ	イダイ タロウ
実務担当者名(管理薬剤師)	医大 花子
実務担当者名フリガナ	イダイ ハナコ
郵便番号	960-1 ●●●
住所	福島県福島市光が丘●●番地
電話番号	024-547-●●●●
FAX番号	024-547-●●△△
e-mailアドレス	e-mail; あれば記載をお願いします
営業日	月曜～金曜終日、土曜日は午前中のみ
営業時間	9:00～18:00、土曜日のみ12時まで受付終了

※薬局店舗ごとに提出をお願いします。

提供いただいた個人情報は本プロトコルの円滑な運用のために利用いたします。目的以外の利用
は行いません。



ご清聴ありがとうございました

合意書の御提出をお待ち
いたしております

