

# 院外処方箋マニュアル (調剤薬局用)

2014年4月1日

医療法人社団英志会  
富士整形外科病院

## <疑義紹介について>

### 1. 病院への問い合わせについて

疑義照会は、院外処方箋疑義照会票（様式 1）を使用し、処方箋に記載されている問い合わせ専用 FAX 番号へ送信してください。

**問い合わせ専用 F A X 番号 0545(51)3139**

### 2. 対応時間

平日 8:00～17:00、土曜 8:00～16:00 です。

日曜・祝日は対応できません。

時間外は FAX の受付のみとなります。

### 3. 返答までの時間について

疑義の返答はできるだけ急いで対応しますが、返答に時間がかかる場合があります。

ご了承ください。

医師への照会に時間がかかる場合なども、FAX を受信してからおよそ 30 分以内に何らかの返答を致します。FAX 送信後 30 分以上経っても何ら応答がない場合には、恐れ入りますが 0545(51)3751（代表）にお電話をいただき、薬剤部までお問い合わせください。

## <処方箋について>

### 1. 院外処方箋に手書きで書き足された処方について

- ・公費・保険などの番号を手書きで書き足す場合があります。その際、手書き記載した箇所の近くに押印いたします。
- ・手書きで書き足された処方箋有効期限は無効です。疑義照会を行ってください。
- ・処方欄に手書きで書き足された処方内容は無効です。疑義照会を行ってください。
- ・その他、疑義が生じた場合は FAX にてお問い合わせください。

### 2. 処方箋再発行について

FAX や電話での問い合わせは受け付けておりません。患者様に来院いただき、再発行手続きを行います。

#### (1) 処方箋の紛失（有効期限内）

処方箋再発行に関わる料金は実費となります。

#### (2) 処方箋の有効期限切れ

処方箋再発行に関わる料金は保険診療扱いとなります。

### 3. 処方箋の変更について

疑義照会や後発品への変更によって処方内容に変更が生じた場合は、カルテ内に記録いたしますので、処方箋変更連絡票（様式 2）を使用し、問い合わせ専用 FAX 番号へ送信してください。

**問い合わせ専用 FAX 番号 0545(51)3139**

#### 4. 処方内容について

処方内容について以下のように取り決めさせていただきます。

##### (1) 医薬品の取り扱い

原則として、処方箋記載どおりの医薬品で調剤してください。

- ・服用錠数の合計に変化が無いようにするため、同一商品名で異なる規格の医薬品の調剤は認めません。

例) ×ガスターD 錠 20mg 1 錠→ガスターD 錠 10mg 2 錠

- ・軟膏等で同一薬価の場合は、一個包装あたりの量の異なる対応でも可能としますが、患者様に十分説明してください。

例) ○ヒルドイドローション 50g 2 本 → ヒルドイドソフトローション 25g 4 本

- ・軟膏は軟膏壺に充填しての対応も可能とします。

例) ○ヒルドイドソフト軟膏 25g 2 本 → ヒルドイドソフト軟膏 50g (軟膏壺) 1 個

- ・貼付剤で包装単位の異なる場合は、総枚数が合うようにしてください。

例) ○セルタッチパップ 70 (6 枚入) 5 袋 → セルタッチパップ 70 (7 枚入) 4 袋+2 枚

##### (2) 後発品への変更

- ・後発品への変更は、特に記載のない場合、患者様の希望に応じて変更可能とします。
- ・服用錠数の合計に変化の無いようにするため、異なる規格の医薬品の調剤は認めません。
- ・後発品変更不可となっている医薬品の変更に関する疑義照会はお受けできません。

##### (3) 一包化調剤

- ・一包化調剤の指示は処方箋に記載されています。
- ・一包化希望の場合は、診察時に医師へお申し出いただけるようご説明ください。
- ・一包化希望の疑義照会は原則お受けできません。
- ・一包化加算を算定しない一包化調剤に関しては、疑義照会は不要です。

##### (4) 粉碎・混合

- ・粉碎・混合の指示は処方箋に記載されています。
- ・粉碎・混合希望の場合は、診察時に医師へお申し出いただけるようご説明ください。
- ・粉碎・混合希望の疑義照会は原則お受けできません。
- ・経管での投与など特別な場合は、FAX にてお問い合わせください。

##### (5) 処方日数・処方量の変更

- ・処方箋は、診察時に医師の指示によって発行されています。
- ・患者希望による処方日数や処方量の変更に関する疑義照会は原則としてお受けできません。
- ・変更を希望される患者様には、処方箋発行前にお申し出いただけますようご説明ください。
- ・相互作用、副作用など医療上の問題や、保険上の問題による疑義照会は受け付けます。

##### (6) 外用の部位

- ・出来るだけ記載いたしますが、全ての処方箋に記載することは不可能です。
- ・部位が未記載のものに関しては、患者様より聴取してください。
- ・部位に関する疑義照会はお受けできません。

(7) 経過措置による名称の変更

- ・患者様に十分説明のうえ、変更調剤してください。
- ・疑義照会は不要ですが、変更調剤の報告の FAX は送信してください。

5. 調剤過誤、副作用情報、その他トラブルの報告について

当院発行の処方箋に関する調剤過誤や、副作用情報、その他医薬品や患者様のトラブルは、トラブル連絡票（様式 3）を使用し、問い合わせ専用 FAX 番号へ送信してください。

問い合わせ専用 FAX 番号 0545(51)3139

(様式 1)

医療法人社団英志会 富士整形外科病院  
院外処方箋疑義照会票

疑義照会は、この照会票と院外処方箋を FAX してください。

専用 F A X 番号 0545-51-3139

疑義照会日 年 月 日

保険薬局名			
電話番号		FAX 番号	
薬剤師名			

患者氏名 (判明不能表記)			
患者 ID		生年月日	
処方箋発行日		保険医氏名	
疑義内容			

回答日		回答者氏名	
回答			

(様式 2)

医療法人社団英志会 富士整形外科病院  
処方箋変更連絡票

変更調剤を行った場合は、この連絡票と院外処方箋を FAX して下さい。

専用 F A X 番号 0545-51-3139

連絡日 年 月 日

保険薬局名			
電話番号		FAX 番号	
薬剤師名			

患者氏名 (判明不能表記)			
患者 ID		生年月日	
処方箋発行日		保険医氏名	
変更内容			
処方箋記載 薬剤名 (メーカー名)		変更後 薬剤名 (メーカー名)	

受付	年 月 日	対応者氏名	
----	-------	-------	--

(様式 3)

医療法人社団英志会 富士整形外科病院  
トラブル連絡票

変更調剤を行った場合は、この連絡票と院外処方箋を FAX して下さい。

専用 F A X 番号 0545-51-3139

連絡日 年 月 日

保険薬局名			
電話番号		FAX 番号	
薬剤師名			

患者氏名 (判明不能表記)			
患者 ID		生年月日	
処方箋発行日		保険医氏名	
項目	<input type="checkbox"/> 調剤過誤 <input type="checkbox"/> 患者からの苦情 <input type="checkbox"/> その他		
内容			
対応・処置			
患者・家族への説明、納得度			

受付	年 月 日	対応者氏名	
病院の対応等 [病院記入欄]			