

2025年7月23日

院外処方箋における問い合わせ簡素化の Protokol

京都大学医学部附属病院薬剤部

(銘柄名処方に係る原則)

- ・ 先発医薬品において「変更不可(医療上必要)」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。

1. 各種問い合わせ窓口、受付時間

① 処方内容等に関すること(診療、調剤に関する疑義・質疑など)

受付時間 平日:午前9時から午後5時

外来診療受付 積貞棟診察室は 075-366、外来棟・北病棟診察室は 075-751 に続けて処方箋
の診療科欄に記載のある内線番号(内線:××××)

例:外来棟/2F/203号室(内線:4425)→075-751-4425

内線番号の記載がない場合は、病院代表 075-751-3111

薬剤部 TEL 075-751-3580(緊急時、診療科不明のとき)

* 時間外で緊急を要する場合は、薬剤部に連絡してください。

(対応可能な連絡先をお伝えします)

② 保険者番号等に関すること(保険者番号、公費負担など)

医務課外来会計 TEL 075-751-3052 平日:午前9時から午後5時

2. 処方変更・調剤後の連絡

処方変更し調剤した場合は、その内容をFAXにて薬剤部に連絡してください(075-751-3205)。

オーダーリングシステム内の処方を修正し、次回からの処方に反映させます。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、および後発医薬品の変更報告書の連絡は不要です。

3. 問い合わせの不要例 (ただし、麻薬に関するものは除く)

① 成分名が同一の銘柄変更

例:フォサマック錠 35mg

→ ボナロン錠 35mg

→ アレンドロン酸錠 35mg「日医工」

* 先発品間でも可。

* 必ず患者さんに説明(服用方法、価格)後、同意を得て変更してください。

② 剤形の変更(安定性、利便性の向上のための変更に限る)

例: ビオフェルミン R 散 → ビオフェルミン R 錠
アレロック OD 錠 5mg → アレロック錠 5mg
タケプロン OD 錠 30 → タケプロンカプセル 30
(粉砕)アスベリン錠 10mg 2 錠 → アスベリン散 10% 0.2g

* 必ず患者さんに説明(服用方法、価格)後、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可。

* 安定性、溶解性、体内動態等を考慮して行ってください。

* 軟膏→クリーム剤、クリーム剤→軟膏の変更は不可。

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)

例: 5mg 錠 1 回 2 錠 → 10mg 錠 1 回 1 錠
10mg 錠 1 回 0.5 錠 → 5mg 錠 1 回 1 錠

* 患者さんに(飲み方、安定性、価格等)説明、同意の上変更してください。

④ アドヒアランス等の理由により半割、粉砕あるいは混合すること、あるいはその逆(規格追加も含む)。ただし、抗腫瘍剤を除く。

逆の場合の例: (粉砕)ワーファリン錠 1mg 2.5 錠 → ワーファリン錠 1mg 2 錠
ワーファリン錠 0.5mg 1 錠

* 安定性のデータに留意してください。

* 必ず患者さんに説明(服用方法、価格)後、同意を得て変更してください。

⑤ 「患者希望」あるいは「アドヒアランス不良で一包化による向上が見込まれる」の理由により一包化調剤すること(抗腫瘍剤、及びコメントに「1 包化不可」とある場合は除く)。

* 上記以外の理由は、合意範囲外とする。

* 必ず患者さんに服用方法ならびに患者負担額について説明後、同意を得て調剤してください。

* 安定性のデータに留意してください。

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)

例: インドメタシンパップ 70mg(7 枚入り)×5 袋 → インドメタシンパップ 70mg(5 枚入り)×7 袋
マイザー軟膏 0.05%(5g) 2 本 → マイザー軟膏 0.05%(10g) 1 本

⑦ 一般名処方における調剤時の類似剤形への変更(先発品類似剤形への変更を含む)

例:【般】プロチゾラム OD 錠 0.25mg

→ プロチゾラム OD 錠 0.25mg「サワイ」(従来より可)

→ レンドルミン D 錠 0.25mg(従来より可)

→ レンドルミン錠 0.25mg

*一般名処方においては、下記に掲げる範囲内で変更を可能とします(先発、後発は問いません)。

(ア) 錠剤(普通錠)、錠剤(口腔内崩壊錠)、カプセル剤、丸剤、ゼリー剤(1回分包装の場合)、フィルム剤(口腔内崩壊剤)

(イ) 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤(内服用固形剤として調剤する場合に限る)

(ウ) 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤(内服用液剤として調剤する場合に限る)

*患者さんに(飲み方、価格等)説明、同意の上調剤してください。

*銘柄等については「おくすり手帳」による情報提供を徹底してください。

⑧ 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)して調剤すること(外用剤の本数の変更も含む)、および、Do 処方が行なわれたために処方日数が必要日数に満たないと判断される場合の投与日数の適正化

例:プラビックス錠 75mg 30 日分 → 27 日分 (3 日分残薬があるため)

例:ルリコンクリーム 1% 3 本 → 2 本 (1本残薬があるため)

*必ず、トレーシングレポートを用いて当院への情報提供をお願いします。トレーシングレポートがない場合には、次回の診療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こと。

⑨ 服用歴のある配合剤が、単剤の組み合わせ(同一成分および含量)に変更されたと判断でき、患者が希望した時に元の配合剤へ変更すること(薬歴等に基づき、京大病院への入院により変更されていることを確認すること)

例: (薬歴上) ミカムロ配合錠 AP 1錠

(今回処方) ミカルデイス錠 40mg 1錠 1錠

アムロジピン OD 錠 5mg 1錠

→ ミカムロ配合錠 AP 1錠 に変更可能

⑩ 服用歴のある配合剤において、配合剤および含有する単剤が、京大病院(院内)で採用さ

れていないために、配合剤の片方の成分が同効薬に変更されたと判断でき、患者が希望した時に元の配合剤へ変更すること(薬歴等に基づき、京大病院への入院により変更されていることを確認すること)

例: (薬歴上) プレミネット配合錠 LD 1錠
(今回処方) ニューロタン錠 50mg 1錠
フルイトラン錠 1mg 1錠
→ プレミネット配合錠 LD 1錠 に変更可能

⑪ 薬歴等で乳酸菌製剤が継続使用されていることが確認できる場合において、抗菌薬が併用されていない場合のビオフェルミン R からビオフェルミンへの変更、またはその逆(併用期間のみビオフェルミン R を追加する場合には、ビオフェルミンとの合計日数は元のビオフェルミンの処方日数を超えないこと)

⑫ 薬歴等で処方されるべきでない診療科からの処方であることが明確な場合における、オーダー時の警告を無視したと思われる重複処方の削除(処方期間が重なり、処方期間中に元の処方診療科を受診することが確認された場合に限る)

例: (薬歴上) A科処方 アリセプト D 錠 5mg
B科処方 バイアスピリン錠 100mg
(今回処方) A科処方 アリセプト D 錠 5mg
B科処方 バイアスピリン錠 100mg
アリセプト D 錠 5mg
→ B科のアリセプト D 錠 5mg 削除可能

⑬ 患者の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、テープ剤→パップ剤への変更(成分が同じものに限る。枚数に関しても原則同じとする。)

例:ロキソニンパップ 100mg → ロキソニンテープ 100mg

⑭ ビスホスホネート製剤の週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:(他の処方薬が14日分処方の時)

ベネット錠 17.5mg(週1回製剤) 1錠 1日1回起床時 14日分 → 2日分

⑮ 外用剤の用法(適用回数、適用部位、適用タイミング等)が口頭で指示されている場合(処

方箋上、用法指示が空白あるいは「医師の指示通り」が選択されている)に用法を追記すること(薬歴上あるいは患者面談上用法が明確な場合)

例:(口頭で腰痛時に腰に貼付するよう指示があったと患者から聴取した場合)

モーラステープL 3袋 1日1回 → 1日1回 腰

- ⑯ 内用薬の用法が頓服あるいは回数指定にて処方箋に記載があり、具体的な用法が口頭等で指示されている場合(薬歴上あるいは患者面談上用法が明確な場合を含む)の用法の追記

例:フロセミド錠 20mg 1錠 1日1回 → 1日1回 体重が50kgを超えた時

- ⑰ 「1日おきに服用」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:(他の処方薬が30日分処方の時)

バクタミン配合錠 1錠 1日1回朝食後 1日おき 30日分 → 15日分

- ⑱ 用法が「就寝前」と処方箋に記載された処方薬が、当該医薬品の添付文書の用法に「就寝直前」と記載されている場合の用法の適正化(就寝前→就寝直前以外の用法変更は適応不可)

例:ゾルピデム酒石酸塩 OD 錠 10mg 1錠 1日1回就寝前 → 1日1回就寝直前

4. その他

*「おくすり手帳」、「トレーシングレポート」等による情報のフィードバックの推進をお願いいたします。

*トレーシングレポート、薬剤部の情報は、当院薬剤部ホームページ『保険薬局の方へ』(www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/~yakuzai/yakkyoku.htm)をご覧ください。随時情報公開していきますので適宜ご活用下さい。

*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、下記までお願いします。

連絡先 薬剤部薬務室 TEL 075-751-3581

または、医薬品情報室 TEL 075-751-3583

2025年7月23日改定(第5版)

2021年10月13日改定(第4版)

平成28年3月8日改定(第3版)

平成26年12月9日改定(第2版)

平成25年10月1日(第1版)

