

原則として以下の場合に疑義照会を不要とします。

① 先発品における、成分名が同一の銘柄変更	⑩ 外用薬の用法(適応回数・適応部位、適応タイミング等)が口頭で指示されている場合(処方せん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)
② 先発品における、処方規格の変更(別規格がある内服薬に限る)	⑪ 吸入指導加算を算定する場合、指導後に当院指定の評価票に記載し FAX を送信することで病院薬剤師が事後で医師の承諾を得ることとする。
③ 先発品における、貼付剤や軟膏類の包装規格の変更(外用薬に限る)	⑫ ビスホスホネート製剤の1週間あるいは月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)
④ 先発品における、剤形の変更(内服薬に限る)	
⑤ 半錠からヒート製品への変更、もしくはヒート製品から半錠への変更	
⑥ 一般名で記載された薬剤については(般)と同様の扱いとする	
⑦ <u>患者の同意を取った上で</u> の一包化調剤	
⑧ <u>患者の同意を取った上で</u> の粉碎調剤	
⑨ 残薬の調製に伴う処方日数変更は『0日分』にならない状態で変更可	

※具体例

該当番号	変更例	条件
①	ノルバスク錠5mg ⇒ アムロジピン錠5mg	* 患者負担が同等 or 安くなる。又は薬局にて患者同意の上で変更が必要
②	ノルバスク錠2.5mg 2錠 ⇒ ノルバスク錠5mg 1錠	* 患者負担の増減は薬局にて患者の同意の上で変更可能
④	ノルバスク錠5mg ⇒ ノルバスク OD 錠5mg コスパノンカプセル40mg ⇒ コスパノン錠40mg	* 同一グループ内であれば可 * 患者負担の増減は薬局にて患者の同意の上で変更可能
⑤	ワーファリン錠 1mg 1.5錠 ↓↑(双方とも可) ワーファリン錠 1mg 1錠 + ワーファリン錠 0.5mg 1錠	* 後発医薬品から先発医薬品への変更は薬局側で患者の同意を得れば可 * 患者負担の増減は薬局にて患者の同意の上で変更可能 (先発品および後発品ともに)
③⑩	セルタッチテープ(7枚入り)6袋 → セルタッチテープ(6枚入り)7袋 <b>1日1回 1日1枚 腰</b> マイザー軟膏 5g 10本 → マイザー軟膏10g 5本 <b>医師の指示通り(部位記載なし) (聞き取り結果)1日2回 腕に</b>	* 軟膏 ⇔ クリームは不可 * テープ剤 ⇔ パップ剤は不可 * 合計処方量が変わらない場合のみ可 * 患者負担の増減は薬局にて患者の同意の上で変更可能
⑥	アムロジピン錠5mg → (般)アムロジピン錠5mg	* メーカー名の記載なしの一般名の薬剤は、一般名扱いとする
⑩	調剤薬局にて吸入指導が必要と判断した場合	<b>3</b> か月以内に他の薬局で同薬剤の吸入指導加算を受けていない条件の下で吸入指導を実施し、別紙の『吸入指導評価票』を FAX で送信する
⑫	アレンドロン酸錠 35 mg(週1回製剤) 1錠 起床時 14日分⇒2日分	連日投与の他の薬剤と同じ日数で記載され、間違いが明確な場合
疑義照会 必要事例	漢方薬の用法(食後 → 食前・食間) 外用薬の用法追記(用法不明の場合)用法の口頭指示(⇒削除)	* 疑義照会を要す * 疑義照会を要す(⇒R2.7 削除)

※①～⑩に基づく処方変更を行った場合は、変更内容及び「プロトコル合意に基づく変更」と記載し、橋本市民病院薬剤部 FAX:0736-34-6115に FAX してください。

⑩に基づき吸入指導加算を算定する場合は別途の吸入指導評価票を FAX 送信する

注意	☆安全性・利便性のための変更に限る	☆インスリンのデバイス変更は対象外とする。	☆麻薬は対象外とする。
----	-------------------	-----------------------	-------------