合意書

泉大津市立周産期小児医療センターと保険薬局名称：　　　　　　　　　　　は、院外処方せん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、患者が不利益を被らないように、十分説明の上同意を得てから行うものとする。

記

1　院外処方せんにおける疑義照会の運用について

以下の場合に原則として疑義照会を不要とする。但し、ＦＡＸでの事後報告は必ず行うこととし、処方変更報告書は、原則即日報告とする。

1. 剤形の変更
2. 別規格製剤がある場合の処方規格の変更
3. 無料で行う半割、粉砕
4. 一包化⇔ヒート（別包指示がある場合は疑義照会必要）
5. 湿布薬や軟膏での取り決め範囲内の規格変更
6. 週1回製剤等の処方日数の適正化
7. 隔日投与や曜日指定の投与指示がある薬剤の処方日数の適正化
8. 貼付剤の処方日数の適正化（消炎鎮痛外用貼付剤・麻薬を除く）

⑨　先発品同士の変更（薬剤料が同じあるいは低くなる場合のみ）

⑩　消炎鎮痛外用貼付剤における剤形変更

⑪　残薬調整などに伴う処方日数の変更（短縮のみ可）

⑫　出荷調整・販売停止など入手困難に伴う銘柄変更・剤型変更・別規格への変更（先発品への変更は患者の承諾必要）

2　開始時期について

　　　　　年　　月　　日　より開始とする。

3　合意の解除、内容の変更について

　合意の解除、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

　　　　年　　月　　日

　住所　大阪府泉大津市下条町16-1

　名称　泉大津市立周産期小児医療センター

　代表者氏名　　事業管理者　石河　修　　　　印

住所

　名称

　代表者（経営者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　管理薬剤師　　　氏名

保険薬局での運用においては、患者が不利益を被らないように、十分説明の上同意を得てから行うものとし、FAXにて事後報告は必ず行うこととする。

**また、少しでも疑問点がある場合は必ず疑義照会を行うこととする。**

**疑義照会の不要例（ただし、麻薬に関するものは除く）**

**①剤形の変更**

例：

　　　○　ｶﾞｽﾀｰ錠　⇒　ｶﾞｽﾀｰD錠

　　　○　ﾑｺｽﾀ錠　⇒　ﾑｺｽﾀ細粒

　　　○　ﾀｹﾌﾟﾛﾝOD錠15　⇒ﾀｹﾌﾟﾛﾝｶﾌﾟｾﾙ15

○ PL配合顆粒1包　⇒　PA錠2錠

　　（成分量として変わらないため可）

※安定性、利便性の向上のための変更に限る。

※溶解性、体内動態等を考慮して行うこととする。

※用法・1日あたりの用量（成分量）が変わらない場合のみ可とする。

※外用薬での変更は不可とする。（軟膏　⇒　ｸﾘｰﾑ）

**②別規格製剤がある場合の処方規格の変更**

例：

　　　○　ｱﾑﾛｼﾞﾋﾟﾝ2.5mg　2錠　⇒　ｱﾑﾛｼﾞﾋﾟﾝ5mg 　1錠

　　　○　ﾁﾗｰﾁﾞﾝ50μg　1.5錠　⇒　ﾁﾗｰﾁﾞﾝ50μg　1錠＋ﾁﾗｰﾁﾞﾝ25μg　1錠

　　　×　ﾒｲﾝﾃｰﾄ2.5mg　1錠　⇒　ﾒｲﾝﾃｰﾄ0.625mg　4錠

※安定性、利便性の向上のための変更に限る。

※規格により効能効果が異なる薬剤は不可とする。

**③無料で行う半割、粉砕**

※安定性のﾃﾞｰﾀに留意すること。

※外用薬の計量混合は不可とする。

※ただし、抗腫瘍剤を除く

**④一包化⇔ﾋｰﾄ**

例：

○　一包化　⇒　ﾋｰﾄ

　　　　○　ﾋｰﾄ　　 ⇒　一包化

※安定性のﾃﾞｰﾀに留意すること。

※一包化加算を算定する場合も可。

※別包指示がある場合は、一包化する前に疑義照会を行うこと。

(主治医の意図がある可能性があるため)

**⑤湿布薬や軟膏での取り決め範囲内の規格変更**

例：

○　ﾋﾙﾄﾞｲﾄﾞﾛｰｼｮﾝ0.3％　25ｇ　2本　⇒　50ｇ　1本

　　　×　ﾛｷｿﾆﾝﾃｰﾌﾟ50㎎（7枚入り）×2袋

⇒ﾛｷｿﾆﾝﾃｰﾌﾟ100㎎（7枚入り）×1袋

※合計処方量が変わらない場合のみ可とする。

※貼付剤の規格変更は不可とする。

**⑥週1回あるいは月1回製剤が、連日投与の他の薬剤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**

例：　他剤が28日分の場合

○　ﾌｫｻﾏｯｸ35㎎　28日分　⇒　4日分

○　ﾎﾞﾉﾃｵ50㎎ 　28日分　⇒　1日分

※処方間違いが明確な場合のみ可とする。

**⑦隔日投与や曜日指定の投与指示がある薬剤が、連日投与の他の薬剤と同一の**

**日数で処方されている場合の処方日数の適正化**

例：　他剤が28日分の場合

* ﾊﾞｸﾀ配合錠　1錠　朝食後　分1　隔日投与　28日分　⇒　14日分

※処方間違いが明確な場合のみ可とする。

**⑧消炎鎮痛外用貼付剤・麻薬を除く貼付剤の処方日数の適正化**

例：　他剤が28日分の場合

○　 ﾋﾞｿﾉﾃｰﾌﾟ4㎎　　1日1枚　　　 7枚　　⇒　　　28枚

×　 ｾﾙﾀｯﾁﾊﾟｯﾌﾟ　　　1日1枚　　 　 7枚　　⇒　　　28枚

※ﾋﾞｿﾉﾃｰﾌﾟ、ﾎｸﾅﾘﾝﾃｰﾌﾟ、ﾌﾗﾝﾄﾞﾙﾃｰﾌﾟ、ﾆﾄﾛﾀﾞｰﾑTTSなどの貼付剤。

※増減可能だが、最大処方日数を超えないこと。**⑨先発品同士の変更**

例：

○　ﾌｫｻﾏｯｸ錠35mg　⇒　ﾎﾞﾅﾛﾝ錠35mg

○　ﾉﾙﾊﾞｽｸ錠5mg　⇒　ｱﾑﾛｼﾞﾝ錠5mg

※先発品同士でも薬価が異なる場合があるので注意すること。

**⑩消炎鎮痛外用貼付剤における剤形変更**

例：

* ﾛｷｿﾆﾝ**ﾃｰﾌﾟ**50mg（7枚入り）⇔　ﾛｷｿﾆﾝ**ﾊﾟｯﾌﾟ**50mg（7枚入り）

※患者の希望があった場合。

※成分が同じものに限る。

※合計処方量が変わらない場合のみ可とする。

※効能・効果が同じものに限る。

**⑪残薬調整等に伴う処方日数の変更（短縮のみ可）**

患者から残薬があることを聴取し、次回受診日を確認したうえで処方日数の変更を可とする。

※処方日数の短縮のみ可とする。

**⑫出荷調整・販売停止など入手困難に伴う銘柄変更・剤型変更・別規格への変更（先発品への変更は患者の承諾必要）**

例：

* ﾊﾞｸﾀ配合錠　⇔　ﾀﾞｲﾌｪﾝ配合錠

※但し、先発品への変更は患者へ十分な説明を行い変更の承諾を得ること。

※長期収載品の選定療養にあたる品目への変更の際は、出荷調整・出荷停止など、後発医薬品を提供することが困難な場合のみ可とする。