【処方変更し調剤した場合の対応】
・変更後の内容をお薬手帳に記載（手帳シール貼付等で可）
・問い合わせ簡素化プロトコル情報提供書を当院代表FAX0742-46-6011に送信する。
ただし、後発品の変更調剤についてはお薬手帳に記載し、FAXによる報告は不要とする。

(残薬調整を行なった場合は)
・薬剤師は患者に対して毎回の診察時に「お薬手帳」を主治医に提示する旨の説明を徹底する。

院外処方箋　処方内容（例）

Rp1 アムロジピン錠OD2.5mg「トーワ」→アムロジン錠2.5mg
1T分1 朝食後　28日分　1T分1 朝食後　28日分

規定1、2を使用して問い合わせなしで変更可
1. 成分名が同一の銘柄変更
2. 先発処方・後発処方・一般名処方における調剤時の剤形の変更

Rp2 ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」 3T分3 毎食後　28日分→21日分
レバミピドOD錠100mg「NS」 3T分3 毎食後　28日分→21日分

保険薬局で薬剤の現物を確認して、両剤の残薬が各7日分(21Tずつ)あるため21日分に変更する
規定12を使用して問い合わせなしで変更可

問い合わせ簡素化プロトコル契約済み

問い合わせ簡素化プロトコル情報提供書

処方箋発行日:＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　報告日:＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

患者 ID ：	患者氏名：
診療科 ： 科 処方医名： 先生 御机下	保険薬局：名称・住所 TEL： FAX： 担当薬剤師：

プロトコルに基づき以下の通り変更後調剤させていただき、薬剤を交付いたしました。

No.	理由	チェック欄
①	成分名が同一の銘柄変更	✓
②	先発処方・後発処方・一般名処方における調剤時の剤形の変更	✓
③	消炎鎮痛外用貼付剤の剤型変更	
④	複数規格がある内服薬・外用薬の規格変更	
⑤	超速効型インスリン製剤の変更	
⑥	服薬状況等の理由により、処方された薬剤を半錠、分割、粉砕または混合すること、あるいはその逆	
⑦	服薬状況等の理由により、一包化調剤すること、あるいはその逆	
⑧	医師了解のもとで処方されている適応外の用法	
⑨	外用薬の用法追加	
⑩	月1回、週1回、曜日規定の製剤が連日投与の他の処方薬と同一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）	
⑪	内服薬処方（投与日数制限のある薬剤は除く）の用法と数量について次回受診日までに不足すると判断される場合の処方日数の適正化	
⑫	残薬による投与日数の調整（短縮） 調整理由　□飲み忘れ　□受診日とのずれ　☑自己調節可の指示　□その他 （　　）	✓

上記の通り、ご報告いたします。

院外処方箋

①処方箋のコピーを貼付

市町村番号・公費負担者番
老人医療・公費負担医療の受給者番号
保険者番号
被保険者資格に係る記号・番号

患者 ID 90000011　消化器・肝胆膵外科
氏名 テスト 90000011 テスト ９０００００１ 殿　男
昭和50年01月02日生　(51歳7ヶ月)
社保　国保　負担割

保険医療機関の所在地及び名称 奈良県奈良市七条西町2丁目897-5 奈良県総合医療センター
電話番号 0742-46-6001
FAX番号 0742-46-6011
保険医氏名 担当医 ・枠外　印

都道府県番号 29　点数表番号 1　医療機関コード 0111539

発行日 2026年08月27日　処方箋の使用期限 2026年08月30日

処方
変更不可　患者希望
個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。

01) アムロジピンOD錠2.5mg「トーワ」(2.5mg1錠)　1回 1 錠(1日1錠)
1日1回朝食後 服用　28 日分

02) ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」(60mg1錠)　1回 1 錠(1日3錠)
レバミピドOD錠100mg「NS」(100mg1錠)　1回 1 錠(1日3錠)
1日3回朝昼夕食後 服用　28 日分
＊＊ 以下余白 ＊＊

方

変更後の内容
Rp1)
アムロジン錠2.5mg 1回1錠(1日1錠) 1日1回朝食後 28日分
Rp2)
ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」1回1錠(1日3錠)
レバミピドOD錠100mg「NS」 1回1錠(1日3錠)
1日3回朝昼夕食後 21日分

③以下余白部分に変更後の内容を記載

リフィル可 □（　回）（※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋）

備考
「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。
保険医署名

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。）
□ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　☑ 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）
□1回目調剤日（　年　月　日）□2回目調剤日（　年　月　日）□3回目調剤日（　年　月　日）
次回調剤予定日（　年　月　日）

保険薬局の所在地及び名称
保険薬剤師氏名
印
月　日
患者住所
公費負担者番号
公費負担医療の受給者番号

②該当部分にチェック

1 / 1　出力日 2026/08/27 13:38

この処方箋はどこ
※特に記載のある場合を除き交付日を含
提出してください