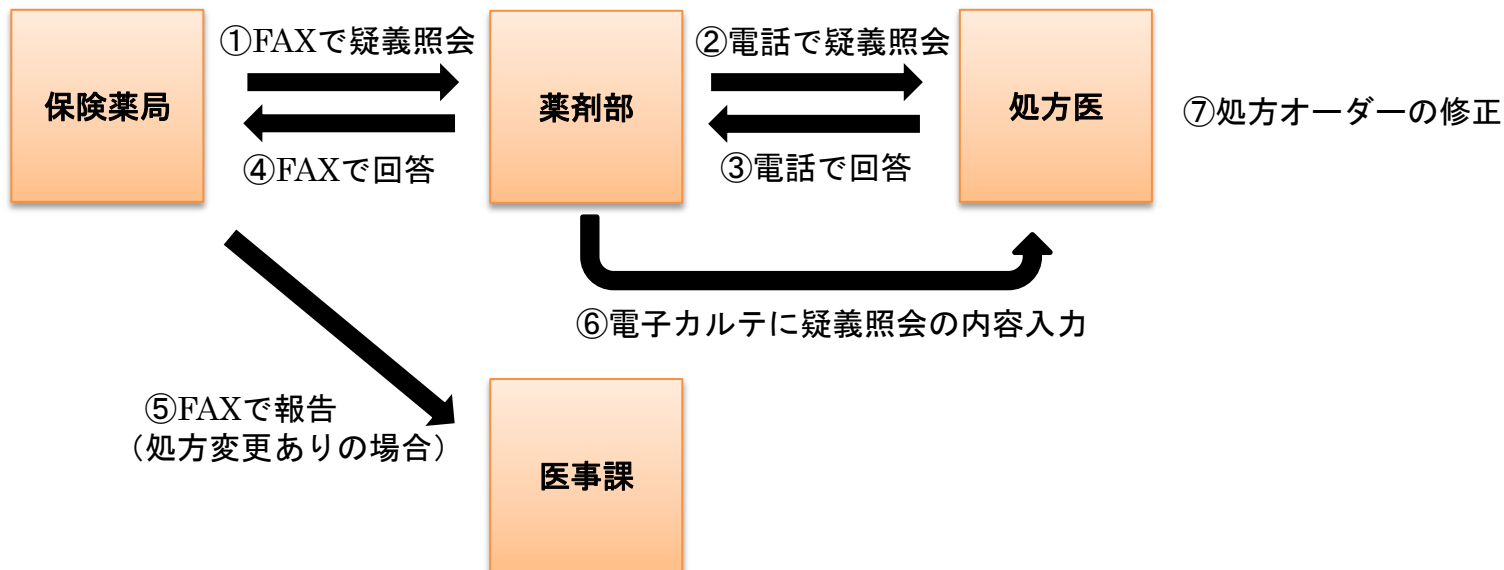


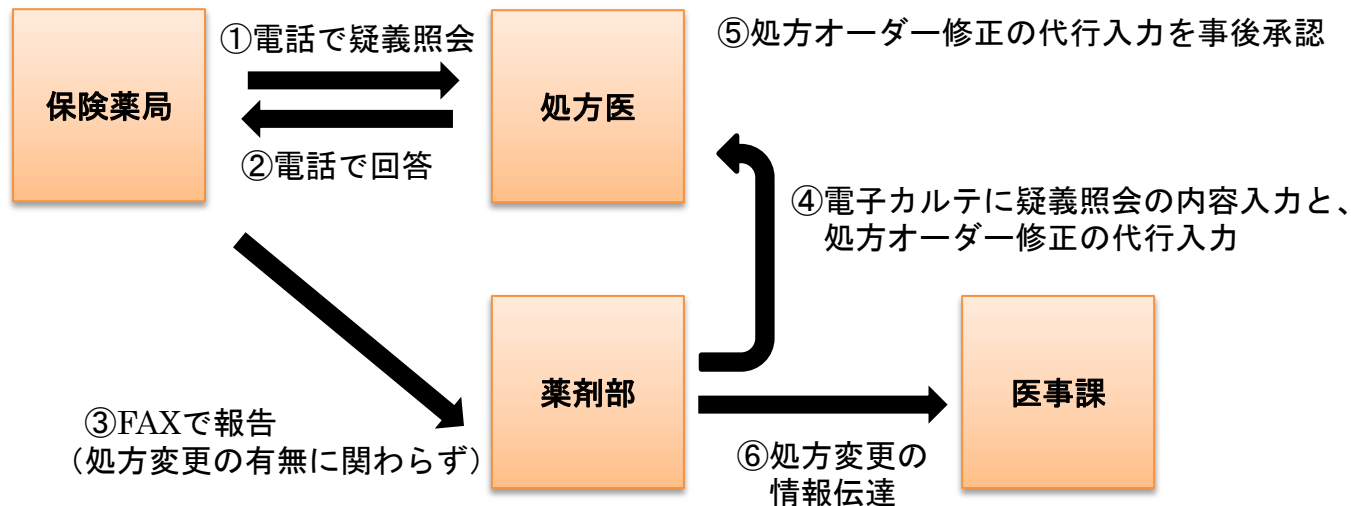
産業医科大学病院における 外来処方せんの疑義照会の 運用変更について

疑義照会の運用変更

変更前
～2024/2/15



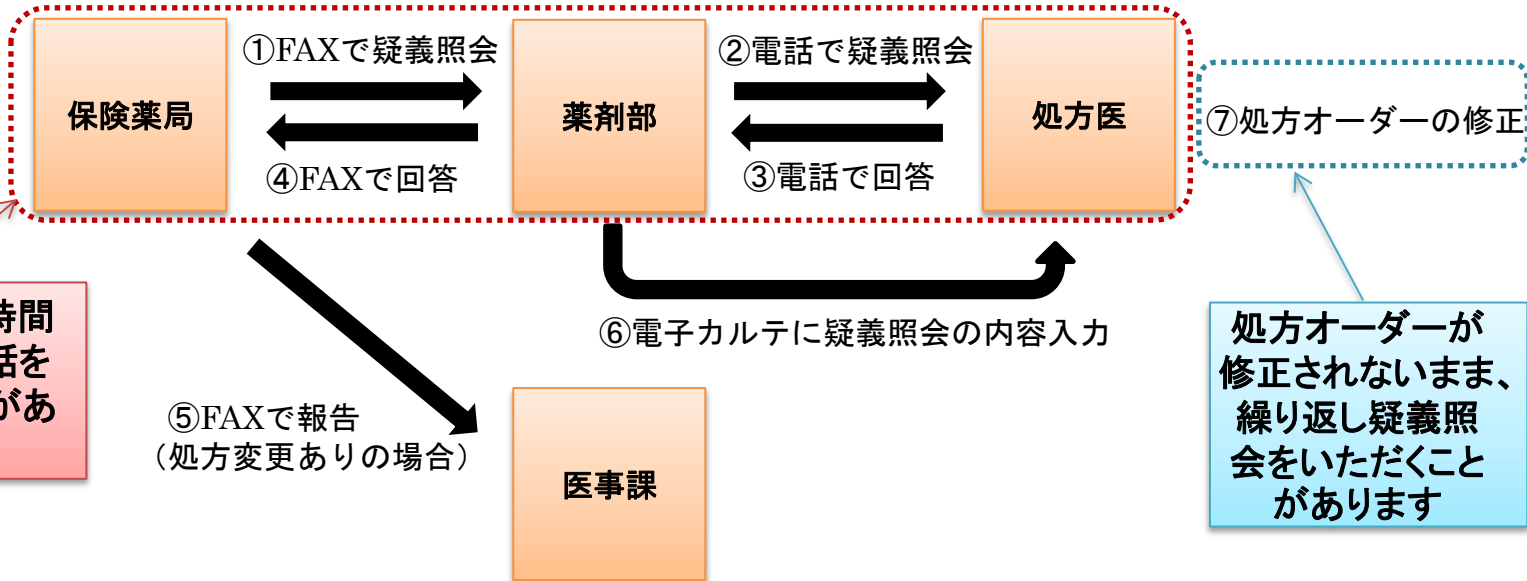
変更後
2024/2/16～



疑義照会の運用変更

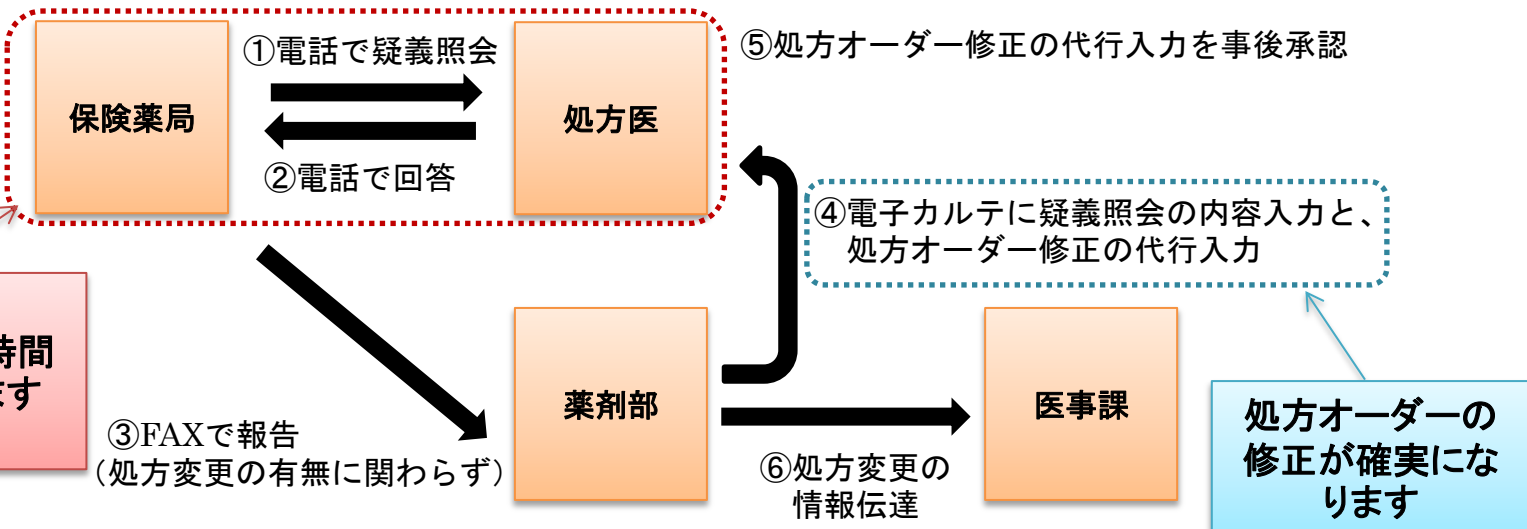
変更前

～2024/2/15



変更後

2024/2/16～



疑義照会の運用変更による利点

医師

- 処方オーダー修正を病院薬剤師へタスクシフトすることにより、負担軽減および時間外労働の短縮につながる。

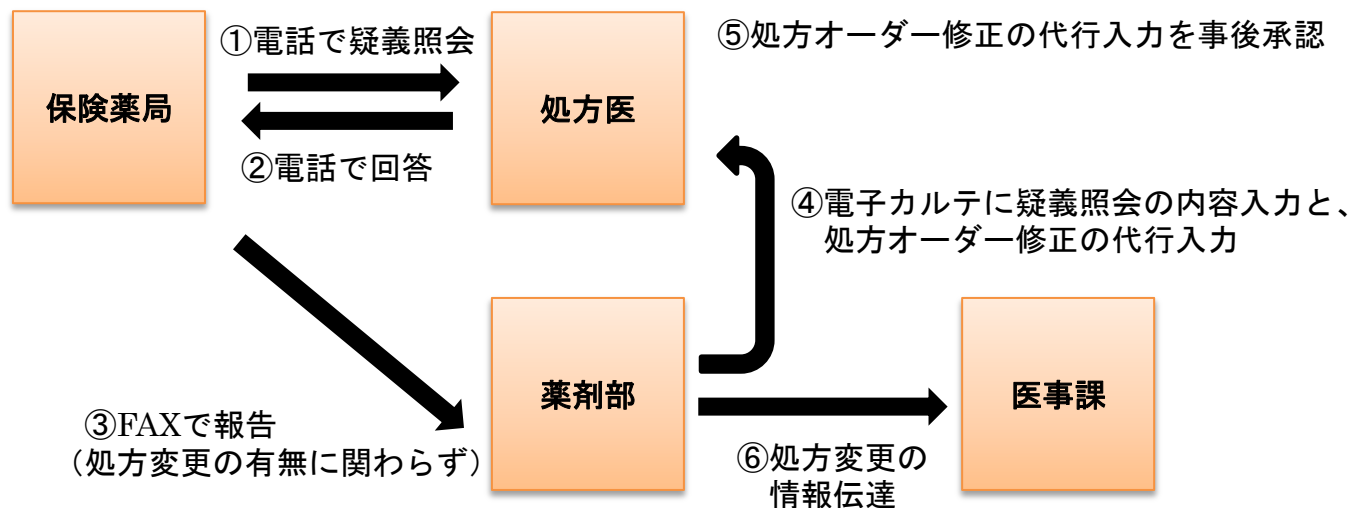
保険薬局

- 疑義照会のやり取りが速くなる。
- 処方オーダー未修正による繰り返しの疑義照会が少なくなる。

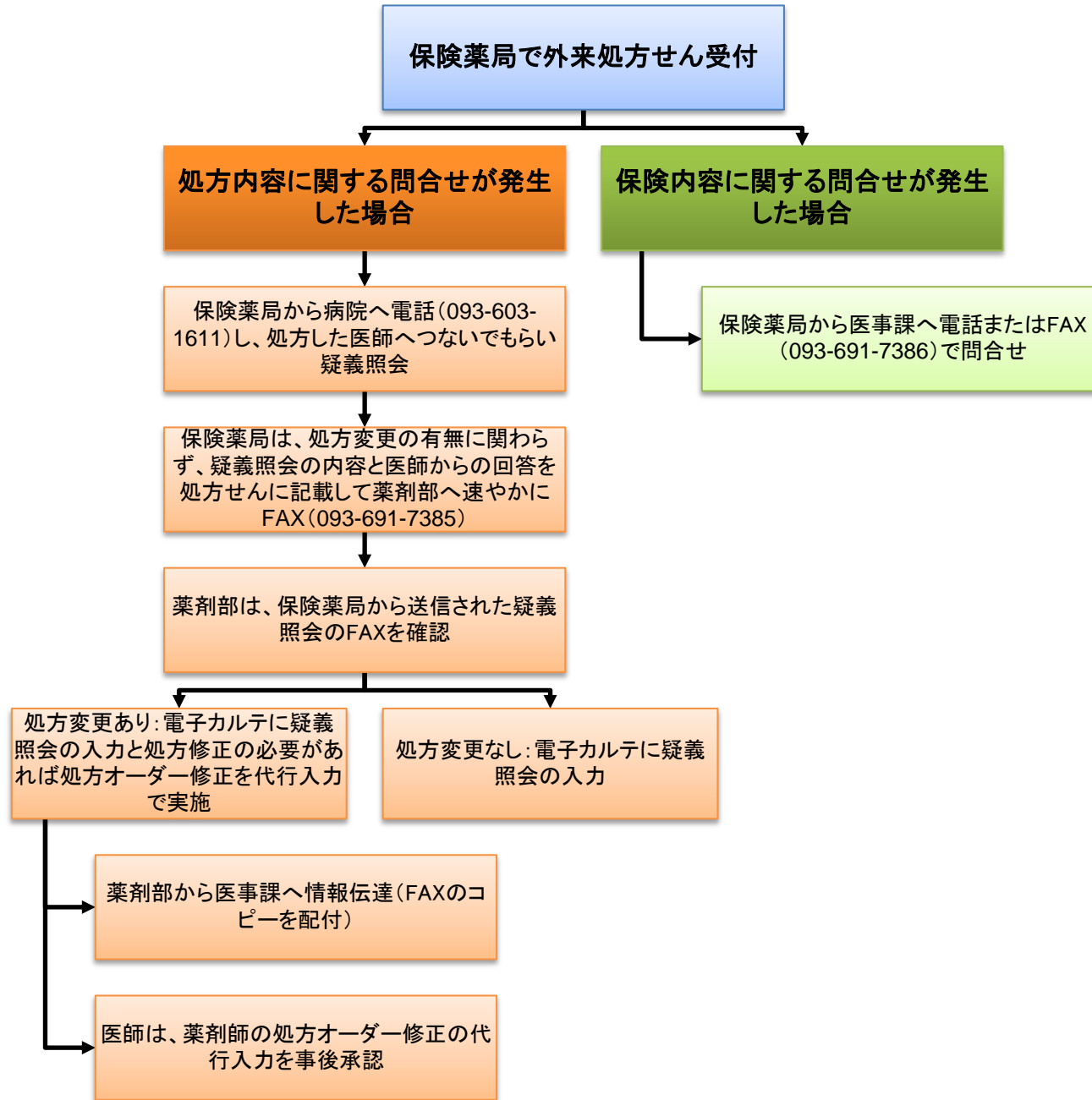
病院薬剤部

- 疑義照会の仲介をなくして効率化することで、処方オーダー修正の代行入力に対応が可能になる。

変更後
2024/2/16~



疑義照会の運用変更後のフロー



疑義照会の運用変更後

【処方内容の疑義照会】

- ① 保険薬局から、処方した医師へ電話(代表093-603-1611)で問い合わせてください。
- ② 疑義照会した場合は、処方変更の有無に関わらず、問い合わせ内容と医師からの回答を処方せんに記載して薬剤部のFAX(093-691-7385)まで報告してください。電子カルテに疑義照会の記録と処方修正が必要であれば処方オーダーを修正いたします。処方オーダーの修正は処方せん発行日でないと出来ませんので(過去日の修正は出来ませんので)、疑義照会の報告は速やかにお願いします。

※ 疑義照会に対して、処方した医師につながらない場合などは、薬剤部に電話(093-691-7385)でご相談ください。

※ 疑義照会の運用変更前は処方変更された処方せんを医事課へFAXすることをお願いしていましたが、運用変更後より医事課へのFAXは不要です。

【保険内容の問合せ】

- ① 保険薬局から、医事課へ電話またはFAX(093-691-7386)で問い合わせください。

外来処方せん の 形式変更

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。) ページ (1 / 1)

公費負担者番号	患者ID	処方科	診療科	第一内科
公費負担医療の受給者番号	7400004-3	7401 オナダ05	ケスト	オーダ05
患者ID	7400004-3	ケスト	オーダ05	オーダ05
生年月日	昭和53年 3月27日	年齢	75歳	1ヶ月
性別	男	区分	被保険者・被扶養者	
保険医療機関の所在地及び名称	北九州市八幡西区区生ヶ丘1-1	産業医科大学病院	電話番号	093-603-1611
保険医氏名	薬剤 D I	印		

都道府県番号	40	点数表番号	1	医療機関コード	6619217
--------	----	-------	---	---------	---------

処方せんの使用期間 令和 5年 5月 18日 令和 年 月 日

個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し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。

処方内容	【錠】 ジクロフェナク N a 錠 2.5 mg	1日1錠 (1日3錠)	14日分
	【錠】 レバセピド錠100mg	1日3回朝食後	
	<<以下余白>>		

検査結果	項目名	単位	結果1	結果2	項目名	単位	結果1	結果2
	WBC	Scr			WBC	Scr		
	Neut	eGFR			Neut	eGFR		
	Hb	CK			Hb	CK		
	PLT	CRP			PLT	CRP		
	PT-INR	No			PT-INR	No		
	AST	K			AST	K		
	ALT	HbA1c			ALT	HbA1c		
	T-Bil	ALB			T-Bil	ALB		

【特記事項】

【保険薬局からの疑義照会】

保険薬局名: _____

TEL: _____ FAX: _____

(問合せ内容)

(回答)

【保険薬局からの疑義照会】

保険薬局名: _____

TEL: _____ FAX: _____

(問合せ内容)

(回答)

【お問合せ先及びお願い】 処方せん番号 20230518-8003

処方内容など → 薬剤部FAXおよびTEL: 093-691-7385
 保険内容など → 医事課FAXおよびTEL: 093-691-7386
 ※ 修正済み処方せんは医事課FAX (093-691-7386)へ送信してください。

【患者様の連絡先】

住所: _____

電話: _____

【身体情報】

身長: 150.0cm 体重: 50kg 測定日: 0000/00/00 体表面積: 1.433㎡

【検査結果】 ※直近1年以内の検査結果値を印字しています。

検査結果	項目名	単位	結果1	結果2	項目名	単位	結果1	結果2
	WBC	Scr			WBC	Scr		
	Neut	eGFR			Neut	eGFR		
	Hb	CK			Hb	CK		
	PLT	CRP			PLT	CRP		
	PT-INR	No			PT-INR	No		
	AST	K			AST	K		
	ALT	HbA1c			ALT	HbA1c		
	T-Bil	ALB			T-Bil	ALB		

【特記事項】

【保険薬局からの疑義照会】

保険薬局名: _____

TEL: _____ FAX: _____

(問合せ内容)

(回答)

【保険薬局からの疑義照会】

保険薬局名: _____

TEL: _____ FAX: _____

(問合せ内容)

(回答)

【お問合せ先及びお願い】 処方せん番号 20240129-8003

処方内容など → 代表電話(093-603-1611)より直接処方医へお問い合わせください。
 保険内容など → 医事課へ電話またはFAX(093-691-7386)
 ※ 疑義照会した処方せんは薬剤部FAX(093-691-7385)へ送信して下さい。

【患者様の連絡先】

住所: _____

電話: _____

【身体情報】

身長: 170cm 体重: 98kg 測定日: 2023/04/25 体表面積: 2.088㎡

【検査結果】 ※直近1年以内の検査結果値を印字しています。

検査結果	項目名	単位	結果1	結果2	項目名	単位	結果1	結果2
	WBC	Scr			WBC	Scr		
	Neut	eGFR			Neut	eGFR		
	Hb	CK			Hb	CK		
	PLT	CRP			PLT	CRP		
	PT-INR	No			PT-INR	No		
	AST	K			AST	K		
	ALT	HbA1c			ALT	HbA1c		
	T-Bil	ALB			T-Bil	ALB		

【特記事項】

併用禁忌確認済み
 RWG : 有付ア・s(付ア・s後)内用錠15.10mg/ml (VBS) はハルシオン錠0.125mg(第一外科)と併用禁忌です。
 RWG : ハルシオン錠0.125mgは付ア・s(付ア・s後)内用錠15.10mg/ml (VBS) (第一外科)と併用禁忌です。
 RWG : ハルシオン錠0.125mgは付ア・s(付ア・s後)内用錠15.10mg/ml (VBS) (第一外科)と併用禁忌です。
 RWG : ハルシオン錠0.125mgは付ア・s(付ア・s後)内用錠15.10mg/ml (VBS) (第一外科)と併用禁忌です。
 RWG : シプロキサロン錠100mgは付ア・s(付ア・s後)内用錠15.10mg/ml (VBS) (第一外科)と併用禁忌です。
 RWG : フロロイダール錠50mgは付ア・s(付ア・s後)内用錠15.10mg/ml (VBS) (第一外科)と併用禁忌です。
 RWG : フロロイダール錠50mgは付ア・s(付ア・s後)内用錠15.10mg/ml (VBS) (第一外科)と併用禁忌です。

【保険薬局からの疑義照会】

保険薬局名: _____

TEL: _____ FAX: _____

(問合せ内容)

(回答)

【保険薬局からの疑義照会】

保険薬局名: _____

TEL: _____ FAX: _____

(問合せ内容)

(回答)

【保険薬局からの疑義照会】の欄を拡大
 (【特記事項】の欄はフォント小さくして縮小)

処方内容など → 薬剤部FAXおよびTEL : 093-691-7385
 保険内容など → 医事課FAXおよびTEL : 093-691-7386
 ※ 修正済み処方せんは医事課FAX (093-691-7386)へ返信してください。



【お問合せ先及びお願い】の欄の文言を変更

処方内容など → 代表電話 (093-603-1611) より直接処方医へお問い合わせ下さい。
 保険内容など → 医事課へ電話またはFAX (093-691-7386)
 ※ 疑義照会した処方せんは薬剤部FAX (093-691-7385)へ送信してください。

* 運用変更の開始日に処方せんの形式を更新します。

疑義照会の運用変更の開始日

2024年2月16日（金）より、
外来処方せんの疑義照会の
運用を変更します。

よろしくお願いいたします。