

重要

令和8年6月1日

保険薬局薬剤師 殿

愛媛大学医学部附属病院薬剤部
薬剤部長 田中 守

リフィル処方箋の発行に関するお知らせ

平素は、当院の薬剤業務に対するご理解とご協力を賜り誠にありがとうございます。

このたび当院では、**令和8年6月1日**よりリフィル処方箋の運用を開始することとなりました。
つきましては、当院の運用をお知らせいたします。

【 リフィル処方箋の対象患者、対象薬 】

- 症状が安定しており、長期的な薬物療法が継続されている患者
- 医師がリフィル処方箋の適応と判断した場合に限る
- 対象薬剤: 当院の運用基準に基づき設定 (別紙①参照)

【 保険薬局の皆様へお願い 】

1. 処方箋のリフィル回数・使用期限の確認

処方箋に記載された回数・期間に従い、適切に調剤をお願いいたします。

2. 服薬状況・体調変化の確認

リフィル時には、患者の体調変化や副作用の有無、服薬状況をご確認いただき、必要に応じて当院へ情報提供をお願いいたします。(別紙②参照)

3. 疑義照会について

初回調剤時と同様、疑義照会がある場合は、原則 FAX でおこなってください。

※愛媛大学医学部附属病院 薬剤部ホームページ からご確認ください。

[院外処方箋関連](#) | [薬薬連携](#) | [愛媛大学医学部附属病院薬剤部](#)

また、以下の添付資料もあわせてご確認ください。

1. 愛媛大学医学部附属病院における「リフィル処方箋の使用方法と注意事項」(別紙①)
2. 当院における院外処方 Q&A:リフィル処方箋編(別紙②)
3. リフィル処方箋(別紙③)

保険薬局各位のご理解ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

連絡先
愛媛大学医学部附属病院 薬剤部
電話 089-960-5738 (調剤室)

愛媛大学医学部附属病院における「リフィル処方」の使用方法と注意事項

■リフィル処方の使用方法と注意事項

- (1) リフィル処方は「症状が安定している」、「薬を長期投与しても管理できる」患者が対象となります。
- (2) 患者がリフィル処方を希望しているか、リフィル処方箋の内容を理解しているか確認したうえで判断してください。
※ リフィル処方箋の説明を繰り返し行ってもリフィルのルールを理解が難しい患者については、薬局で対応困難なためリフィル処方の対象から除外してください。
- (3) **投与量に限度が定められている薬品等（新薬・麻薬・向精神薬・湿布薬・器材など）については、リフィル処方の対象とはなりません。**
- (4) 医師が「リフィル処方が可能」と判断した場合、オーダー画面の「リフィル」にチェックをいれてください。なお、処方日数違いがあれば、エラーとなりますので、処方日数は統一してください。
- (5) リフィル処方箋を発行する際、リフィル不可薬品は、別処方とする必要があります。
- (6) 外用薬は、用法指定の画面で「○日分」と入力する必要があります。
- (7) 回数は、2回または3回を選択してください。処方箋に回数が記載されます。
- (8) 1回あたりの投与期間や総投与期間は、患者の状態などを踏まえて判断してください。
※ **処方日数は、28日以上とし、総投与期間は、90日までとします。（例：30日分×3回）（45日分×2回）**
- (9) 一度、薬局で薬をもらった後に処方箋を紛失もしくは有効期限切れとなった場合、再発行はできません。再度受診していただき、新たに処方箋を発行する必要があります。

【お願い】

現在、リフィル処方箋に関するシステム改修が一部未完了となっております。
改修作業を進めておりますが、完了までの間は、以下の点についてご留意ください。

1. 処方日数の確認について

現状、28日未満でもリフィル処方が選択可能な状態となっております。

当院では、1回あたりの処方日数は28日以上を対象としておりますので、処方日数が28日未満の場合は、疑義照会をお願いいたします。

2. 投与方法による制約について

頓用・隔日投与・曜日指定の薬剤については、現時点でシステムがリフィル処方に対応しておりません。これらはリフィル対象外として処方となります。

質問		回答
①	どのような患者がリフィル処方の対象になりますか？	症状が安定しており、長期投与でも自己管理が可能な患者が対象です。 医師が総合的に判断します。
②	リフィル処方箋を持参した患者に、まず確認すべきことはありますか？	患者がリフィル処方を希望しているかどうかをご確認ください。 また、リフィル処方箋の仕組みやルールについて理解が不十分な場合は、保険薬局にて必要な説明をお願いいたします。説明を行っても対応が難しい場合や患者の理解が得られない場合には、疑義照会をお願いいたします。
③	1回あたりの投与期間、総投与期間、リフィル回数に決まりはありますか？	当院では、1回あたりの投与期間および総投与期間は、患者の状態を踏まえて医師が判断します。 ただし、運用上の基準として以下のとおりとしています。 <ul style="list-style-type: none"> ● 1回あたりの処方日数:28日以上 ● 総投与期間:90日まで ● リフィル回数:2回または3回 (例:30日分×3回、45日分×2回のリフィル処方)
④	リフィル処方の対象外となる薬剤は？	新薬、麻薬、向精神薬、湿布薬、器材などの投与量に上限が定められている薬剤
⑤	処方箋が複数枚になることがありますか？	<u>処方箋が複数枚になることがあります。</u> リフィル処方箋は、すべての薬剤の処方日数を同一にする必要があるため、日数が異なる薬剤が含まれる場合は別の処方箋として発行されます。 また、リフィル対象外の医薬品については通常処方となるため、リフィル処方箋とは分かれて発行されます。 お薬の漏れが疑われる場合には、疑義照会をお願いいたします。
⑥	次回調剤予定の確認や連絡は、貴院へ連絡が必要ですか？	<u>当院への連絡は不要です。</u> <u>ただし、医師への報告が必要と判断される場合には、「おくすり伝言板」等を用いて情報提供をお願いします。</u> 保険薬局では、以下の点についてご対応をお願いいたします。 <ul style="list-style-type: none"> ● 患者に次回の調剤予定日を確認すること ● 予定日に来局がない場合は、電話等により状況確認を行うこと ● 患者が他の薬局での調剤を希望する場合は、事前に必要な情報を利用予定薬局へ共有すること

⑦	リフィル処方箋は、いつまで調剤できますか？	<p>■ 初回(1回目)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通常の処方箋と同じ扱い • 発行日を含めて4日以内 <p>■ 2回目以降</p> <ul style="list-style-type: none"> • 調剤予定日の前後7日以内 <p>例: 予定日が10日 → 3～17日まで調剤可能</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7日を超えた場合は調剤不可 <p>※ 患者は 再受診して新たな処方箋が必要</p>
⑧	処方箋を紛失したり、有効期限が切れた場合はどうなりますか？	<p>■ 1回目の受付前にリフィル処方せんを紛失した場合 →再受診・再発行となります。 健康保険が適用できませんので、診察料・処方せん料など病院にかかる費用は全額自費で負担となります。</p> <p>■ 1回目の調剤後、2回目・3回目の前に処方箋を紛失した場合 →再発行できません。再度受診し、新たに処方せんを発行してもらうこととなります。</p>
⑨	リフィル処方箋の調剤後、貴院へはどのように報告すればよいですか？	<p>当院への報告は、情報提供書(おくすり伝言板・施設間薬剤情報連絡書・トレーシングレポート等)を使用し、FAX で送付してください。</p> <p>■ 報告いただきたい主な内容</p> <ul style="list-style-type: none"> • 服薬状況(飲み忘れ・過量服薬など) • 副作用の疑い • 体調の変化 • 患者の不安や相談内容 • 他薬局へ調剤が移る際の必要情報 など <p>■ 報告のタイミング</p> <ul style="list-style-type: none"> • 必要時(気づきがあった場合) • 患者の状態に変化があった場合 • 次回調剤に影響が出る可能性がある場合 など <p><u>なお、緊急を要する場合は、疑義照会をお願いします。</u></p> <p>※定期的な報告を義務づけるものではありませんが、リフィル処方では、薬局からの情報が医師にとって非常に重要となりますので、必要に応じたフィードバックをお願いします。</p>

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

患者 者	患者ID	10000460		保険医療機関の所在地及び名称	愛媛大学医学部附属病院 愛媛県東温市志津川		
	氏名	患者1046 患者1046		電話番号	(089)964-5111		
	生年月日 年齢	昭和30年03月28日 71歳 2カ月	性別	女	保険医氏名	薬剤部医師(確認用) 印	
	区分		都道府 県番号		点数表 番号		医療機関 コード

交付年月日	令和08年05月28日	処方せんの使用期間	令和08年05月31日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること
-------	-------------	-----------	-------------	---------------------------------------

変更不可 (医療上必要)	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)への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」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「レ」又は「×」を記載すること。	備考
-----------------	------	--	----

RP01	チラーヂンS錠【50μg】	1回1錠(1日1錠)
	1日1回(朝)食後	28日分
RP02	【般】アムロジピン口腔内崩壊錠2.5mg	1回1錠(1日1錠)
	1日1回(朝)食後	28日分 以下余白

リフィル可 (3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

保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。	高一	身長	141cm
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)		体重	95.7Kg
次回調剤予定日(年月日) 次回調剤予定日(年月日)			測定日	2025/04/10
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 □薬剤を減量した上で保険医療機関へ情報提供		体表面積	1.805㎡
麻薬施用者番号		患者住所		

調剤済年月日		公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名			

処方せん取り扱い上の注意

患者氏名 患者1046

「処方せん」の有効期限は **令和08年05月31日** です。

- 記載の有効期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることが出来ません。
- 「処方せん」の再発行はできません。
- 事前に「処方せん」をFAXで送った場合でも、**保険薬局でのお薬の受け取りには、「処方せん」が必要**です。

★保険薬局薬剤師の方へ

- 【FAX番号 ①FAXコーナー:089-964-7458 ②薬剤部調剤室:089-960-5733】
- I 疑義照会について 平日8:30~17:00 ①へ 時間外(土・日・祝日・平日時間外) ②へ
*時間外の疑義照会は、事前に薬剤部へご連絡後、FAXを送信すること。
- II 後発医薬品の変更時の情報提供について 初回のみ ①へ
*初回の情報提供には処方せんを含む本用紙をコピーし、下記コメントに記載すること。
*2回目以降は『お薬手帳』を利用すること。
- III 処方せん上の略号について
(混) 以上を混合せよ。(粉) 上記の薬品を粉砕化せよ。(包) 以上を1包化せよ。
(全) 交付全量を記載している薬品 ① 1回量もしくは1日量を記載している薬品
(濁) 簡易懸濁法が可能な薬品

検査値 (90日以内に測定歴のある検査値を表示しています。)

WBC	HGB	Plt	INR	AST	ALT	TB	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K	HbA1c	ALB

おくすり伝言板

eGFR値(mL/min/1.73㎡)は数値に(体表面積÷1.73)を掛けた値を用いて利用して下さい。

★処方医から保険薬局薬剤師へのコメント 第一内科 薬剤部医師(確認用)

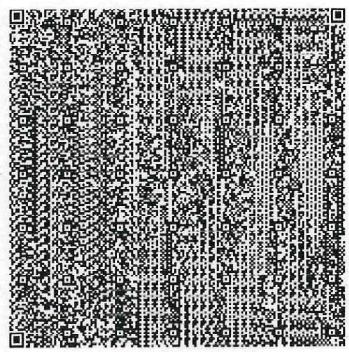
□フィードバック不要(チェックが入っている場合は当院へ情報のフィードバックは不要です)

※処方医からのコメントがある場合は必要に応じてFAXコーナーに処方せんを含む本用紙のコピーを使用してフィードバックをお願いします。

薬局名 _____ 薬剤師名 _____ 連絡先(Tel・Fax) _____

保険薬局薬剤師からのコメント(後発医薬品情報提供を含む)

必要な連携に伴う個人(患者)情報の提供・共有について
 同意あり 同意なし



Sample