

≪ 送信先 ≫ 松本市立病院 薬剤科
FAX 0263-92-5990

疑義照会簡素化プロトコルによる処方変更報告書

報告日： 年 月 日

患者氏名：	保険薬局名：
患者 ID：	登録番号：
処方日： 年 月 日	電話番号：
患者からの同意： <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	担当薬剤師：

合意に基づき、以下の内容について、疑義照会を省略しましたので報告いたします。

【処方変更・修正内容】

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ①成分名が同一の銘柄変更 | <input type="checkbox"/> ⑧一包化⇔PTP 調剤に変更 |
| <input type="checkbox"/> ②剤形変更 | <input type="checkbox"/> ⑨ビスホスホネート製剤の日数 |
| <input type="checkbox"/> ③別規格製剤がある場合の処方規格変更 | <input type="checkbox"/> ⑩処方日数の適正化 1日おき |
| <input type="checkbox"/> ④半割・粉碎・混合 | <input type="checkbox"/> ⑪処方日数の適正化 外用貼付剤 |
| <input type="checkbox"/> ⑤軟膏や湿布薬での用量規格の変更 | <input type="checkbox"/> ⑫残薬調整に関する疑義照会 |
| <input type="checkbox"/> ⑥配合剤⇔単剤の組み合わせに変更 | <input type="checkbox"/> ⑬用法記載の補完 |
| <input type="checkbox"/> ⑦消炎鎮痛外用剤のパップ剤⇔テープ剤に変更 | |

【修正箇所の詳細記入欄】

--

※ 疑義照会を行ったものは、このフォーマットを使用しないようお願いします。
緊急性のある疑義照会は、通常通り電話にてお願いします。