

FAX 0974-22-0222

社会医療法人帰巖会みえ病院 薬剤科 宛

保険薬局 ⇒ 薬剤科 ⇒ 処方医

疑義照会等事前同意プロトコルに基づく変更等報告書

処方医： 科 先生 報告日 年 月 日

ID：		保険薬局名称
処方箋発行日：	年 月 日	住所
患者名：		
生年月日：	年 月 日	TEL：
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	FAX：
		担当薬剤師： 印

契約に基づき、以下について疑義照会等を省略いたしました。ご確認をお願いいたします。

処方変更等該当項目 (当てはまるものに✓をしてください)	変更等内容記載欄 (変更内容を具体的に記載)
<input type="checkbox"/> ①同一製剤の銘柄変更 <input type="checkbox"/> ②同一薬剤の規格変更（内服のみ） <input type="checkbox"/> ③内服薬の剤形変更 <input type="checkbox"/> ④パップ剤⇔テープ剤への変更 <input type="checkbox"/> ⑤包装規格の変更 <input type="checkbox"/> ⑥外用剤の用法追記 <input type="checkbox"/> ⑦単剤から配合剤への変更 <input type="checkbox"/> ⑧内服薬の半割や粉碎等 <input type="checkbox"/> ⑨内服薬の一包化指示の追加、変更 <input type="checkbox"/> ⑩残薬による減数調剤 <input type="checkbox"/> ⑪週1、月1製剤の処方日数調整 <input type="checkbox"/> ⑫隔日投与等製剤の処方日数調整 <input type="checkbox"/> ⑬漢方の食後投与及び単位の適正化 <input type="checkbox"/> ⑭外用薬の1日量処方 (初回確認日： 年 月 日)	

※処方変更等に係る取り決め事項は、必ず疑義照会等事前同意プロトコルをご参照ください。

※本連絡書と合わせて、変更後の処方箋も必ずFAXしてください。

※緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。

TEL：0974-22-2222（代表）

FAX：0974-22-0222