杏雲堂病院薬剤科　　　　　　　　　　　　　　　　　　保健薬局→薬剤科→処方医→診療録保管

FAX：03-3292-3374

疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告

報告日　　：　　　 年　　　月　　　日

診療科名　：

処方医師名：　　　　　　　　　　　先生

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：  患者名: | 保険薬局 名称・住所  TEL: FAX:  担当薬剤師： |

疑義照会簡素化プロトコルに基づき、処方内容を変更して調剤しました。

カルテの修正をお願いします。

**疑義照会簡素化プロトコルによる変更内容**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | □ | 銘柄・剤形・規格変更 |
| ② | □ | 半割・粉砕・混合・一包化 |
| ③ | □ | 用法・コメントの追記 |
| ④ | □ | 処方日数の適正化 |
| ⑤ | □ | 貼付剤の処方量の適正化 |
| ⑥ | □ | 残薬調整  （理由：必須　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑦ | □ | その他： |
| 薬剤師からの情報提供等 | | |

※合意に該当しない内容については必ず処方医師に疑義照会してください。

※変更した処方内容がわかるもの(処方せんのコピー等)を添付してください。