

FAX : 医療法人仁雄会 穂高病院 0263-82-2544

医療法人仁雄会 穂高病院

報告日: 年 月 日

処方変更連絡書(疑義照会簡素化プロトコル)

担当医 先生	薬局名: 住所:
患者 ID: 患者名:	電話番号: FAX 番号:
処方箋交付日: 年 月 日	担当薬剤師名:

「院外処方箋疑義照会簡素化プロトコル」契約に則り、処方箋に基づき調剤を行い、下記の通り薬剤交付いたしましたので、報告いたします。

<p>処方変更内容</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 成分・用法・用量が同一の薬剤への変更<input type="checkbox"/> 別規格製剤がある場合の調整規格変更<input type="checkbox"/> 剤形変更（外用剤は不可）<input type="checkbox"/> 貼付剤等の包装単位による枚数の変更<input type="checkbox"/> 一包化調剤<input type="checkbox"/> 投与日数・用法の適正化及び残薬調整<input type="checkbox"/> 漢方薬の食後投与<input type="checkbox"/> ドンパゾン製剤等の制吐剤の食後投与<input type="checkbox"/> 外用剤の用法<input type="checkbox"/> 残薬の調整のための処方日数変更	<p>詳細記録欄</p> <ul style="list-style-type: none">• 変更内容 <p>※具体的に記載。変更内容を記録した処方箋を同時に FAX する場合は省略可。</p>
---	---

<注意> 緊急性のある疑義照会は通常どおり電話にてお願いします。

病院使用欄

Fax 受領印	電子カルテ 処理印	医事課 処理印