FAX：天使病院　011-751-1708

天使病院　各外来　ご担当者様

報告日：(西暦) 　　　　年　　　 月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **疑義照会簡素化プロトコールによる処方修正報告書** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医　　　　　　科　　　　　　　　　先生 | 保険薬局名: |
| 患者ＩＤ: | Tel(薬局): |
| 患者氏名: | FAX(薬局): |
| 性別： [ ] 男　　　[ ] 女　年齢：　　　　　歳 | 担当薬剤師名: |
| 聴取した相手： | [ ] 患者本人　　　[ ] 家族(　　　　　　　)　 [ ] その他(　　　　 　　) |

※情報を伝えることに対する患者の同意 　[ ]  得た　 　[ ]  得ていない

天使病院との間で交わした「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコール合意書」に準じて、以下の通り調剤しましたので報告いたします。

【天使病院との合意書を交わした事項に関する項目】

|  |  |
| --- | --- |
| □成分が同一の銘柄変更□規格変更□軟膏・湿布での規格変更□週1回、月1回の日数調整□外用薬の用法追記□同一成分の配合剤への変更 | □剤型の変更□半錠、粉砕、混合□一包化□残薬調整のための投与日数短縮□隔日投与などの日数調整 |
| **変更内容・変更理由** |

**≪注意≫緊急性のある疑義照会に関しては、従来通り電話にてお願い致します。**