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 | □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。**