



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】

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

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。