

記入方法

↑ FAX 送信先 済生会福島総合病院 024-539-6010 ↑

疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書

報告日 : 年 月 日

グレー背景部分を全て記入して下さい

保険薬局名 :

電話番号 :

担当薬剤師 :

別紙をよく読んで
必ずチェックを入
れて下さい

医師情報	診療科:	医師名:
患者情報	患者氏名:	患者 ID:
処方情報	処方日: 年 月 日	

**疑義照会簡素化プロトコルの目的・運用の原則事項を理解しましたので、
下について疑義照会を省略いたしました。**

【処方修正内容】

該当する項目にチェックして下さい(複数回答可)

- ①成分名が同一の銘柄変更
- ②剤形の変更
- ③別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- ④半割、粉碎、混合の指示記載の追加または削除
- ⑤一包化調剤の追加または削除
- ⑥一般名処方の類似剤形への変更
- ⑦合計処方量が変わらない場合の貼付剤や軟膏などの規格・数量変更
- ⑧配合剤への変更
- ⑨処方日数の適正化
- ⑩用法記載の補完
- ⑪残薬調整の処方日数変更

【修正内容の詳細】

修正内容を記載して下さい