（送信先）日本医科大学多摩永山病院　薬剤部行

FAX　042-372-7345

疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書

契約に基づき、以下について疑義照会省略いたしました。ご確認をお願いいたします。

保険薬局→薬剤部→処方医師

処方医：　　科　　先生　保険薬局名称・住所

処方日：　　年　　月　　日

報告日：　　年　　月　　日　TEL：

患者名：　　FAX：

ID：　　担当薬剤師：　　印

患者からの同意　　□得た　□得ていない

疑義照会省略内容に〇をつけてください

１．銘柄変更　　２．剤型変更　　３．処方規格変更

４．半錠・粉砕またはその逆（抗がん剤除く）　　５．一包化調剤（その逆含む）

６．湿布薬や軟膏での規格変更　　７．テープ剤⇔湿布剤

８．抗生剤処方なし（ﾋﾞｵﾌｪﾙﾐﾝR→ﾋﾞｵﾌｪﾙﾐﾝ等）　　９．週１回製剤・隔日投与などの日数調整

１０．用法違いにより著しい薬効減弱が明確な用法変更

１１．特定薬剤の用法変更　　１２．湿布薬枚数調整　　１３．その他(前回疑義照会済み)

内容記載　または処方箋コピー

※疑義照会を行ったものは、このフォーマットを使用しないで下さい。