

(送信先) 日本医科大学多摩永山病院 薬剂部行

FAX 042-372-7345

## 疑義照会プロトコルによる処方修正報告書

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

保険薬局→薬剂部→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： 担当薬剂師： 印

患者からの同意  得た  得ていない

疑義照会省略内容に○をつけてください

1. 銘柄変更
2. 剤型
3. 処方規格変更
4. 半錠・粉碎またはその逆（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. テーブ剤⇄湿布剤
8. 抗生剤なし（ビオフェルミン→ビオフェルミン等）
9. 週1回製剤・隔日投与などの日数調整（残薬調整は含まず）
10. 用法違いにより著しい薬効減弱が明確な用法変更（朝食前→起床時等）
11. 特定限定薬剤の用法変更（漢方薬等の食後→食前）
12. 湿布薬枚数調整
13. 自己注射製剤
14. 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。