疑義照会連絡票

報告日：　　　　年　　　月　　　日

プロトコールに基づき処方変更・調剤した場合は、当連絡票を平塚共済病院薬剤科DI室までFAXにてご送付ください。

プロトコール内容については、別紙院外処方箋疑義照会プロトコールをご参照ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：  患者氏名：  診療科：  医師名： | 保険薬局　名称・所在地  TEL：　　　　　　　FAX：  担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　印 |

　処方変更について患者に説明し同意を得ています。

【疑義照会内容】

|  |
| --- |
| 変更内容  　① 成分名が同一の銘柄変更  　② 剤形変更（安定性・利便性向上の変更に限る）  　③ 湿布や軟膏の規格変更  　④ 処方日数の適正化（1）  　⑤ 処方日数の適正化（2）  　⑥ 処方規格の変更  　⑦ 処方薬剤を半割や粉砕・混合する、あるいはその逆  　⑧ 一包化調剤  　⑨ 外用剤の用法追記  　⑩ 残薬調整 |
| 変更内容の詳細 |

＜注意＞このFAXによる連絡票は疑義照会ではありません。プロトコール以外の処方内容に関する疑義照会は、通常通り各診療科へお電話にてお願い致します。　2025.02改定