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