

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 :	保険薬局 名称・所在地
患者氏名 :	
診療科 :	TEL : FAX :
医師名 :	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】

<p>変更内容</p> <p><input type="checkbox"/> ① 成分名が同一の銘柄変更</p> <p><input type="checkbox"/> ② 剤形変更（安定性・利便性向上の変更に限る）</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 湿布や軟膏の規格変更</p> <p><input type="checkbox"/> ④ 処方日数の適正化（1）</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤ 処方日数の適正化（2）</p> <p><input type="checkbox"/> ⑥ 処方規格の変更</p> <p><input type="checkbox"/> ⑦ 処方薬剤を半割や粉碎・混合する、あるいはその逆</p> <p><input type="checkbox"/> ⑧ 一包化調剤</p> <p><input type="checkbox"/> ⑨ 外用剤の用法追記</p> <p><input type="checkbox"/> ⑩ 残薬調整</p>
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。 2023.12 改定