（送信先）南相馬市立総合病院　薬剤科　FAX:0244-22-8131

疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書

報告日：　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名： | 保険薬局名： |
| 患者ID： | 登録番号： |
| 処方日：令和　　年　　月　　日 | 電話番号： |
| 患者からの同意：□得た　　□得ていない | 担当薬剤師： |

合意に基づき、以下について疑義照会を省略いたしましたので御報告いたします。

【処方修正内容】

□①成分名が同一の銘柄変更 　　　　　　　　　　　□⑦湿布薬や軟膏での規格変更

□②剤形変更 　　　　　　　　　　　　　　　　　　□⑧配合剤への変更

□③別規格製剤がある場合の処方規格変更 　　　　　□⑨乳酸菌製剤の変更

□④半割・粉砕・混合　　　　　　　　　　　　　　 □⑩処方日数の適正化（ア・イ）

□⑤一包化調剤への変更 　　　　　　　　　　　　　□⑪用法記載の補完（ア・イ・ウ・エ）

□⑥一般名処方における調剤時の類似剤形への変更　 □⑫残薬調整に関する疑義照会

【修正箇所詳細記入欄】

|  |
| --- |
|  |

**※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ください。**

**緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。**