



FAX : 077-594-8462

大津赤十字志賀病院 薬剤部

疑義照会簡素化プロトコルによる変更報告書

診療科	医師名	報告日
患者ID :	保険薬局 名称・住所	
患者名 :	TEL :	
患者からの同意 ☐ 得た ☐ 得ていない	FAX :	
	mail :	
	担当薬剤師	印

事前合意に基づき、以下の疑義照会を省略いたしました。ご確認をお願いいたします。

【処方修正内容】該当項目番号に『✓』チェックを入れる。			
☐ ① 成分が同一の銘柄変更	☐ ⑧ 服用歴のある配合剤への変更		
☐ ② 剤形の変更	☐ ⑨ 貼付剤のパップ剤とテープ剤の変更		
☐ ③ 規格変更	☐ ⑩ 外用薬の用法追記		
☐ ④ 外用薬の用量規格変更	☐ ⑪ BP製剤等の処方日数適正化		
☐ ⑤ 半錠・粉碎・混合	☐ ⑫ 隔日投与の処方日数適正化		
☐ ⑥ 一包化調剤への変更	☐ ⑬ 医師了解の上の漢方薬の食後投与		
☐ ⑦ 残薬調整のための日数変更	☐ ⑭ 添付文書で決められている用法の適正化		
【処方箇所詳細記入欄】		処方箋発行日： 年 月 日	
修正箇所			

<注意> 緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。