

(送信先) 滋賀八幡病院 薬剤課

FAX: 0748-32-7725

疑義照会事前同意プロトコールによる処方修正報告書

報告日：西暦 年 月 日

処方医 先生

患者氏名	ふりがな	保険薬局 名称・住所
生年月日 性別	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 男・女	担当薬剤師：_____
処方日：	年 月 日	患者からの同意： <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない

合意に基づき、以下について変更調剤いたしましたので御報告いたします。

【処方修正内容】

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 成分が同一の銘柄変更 | <input type="checkbox"/> 残薬調整（投与日数短縮） |
| <input type="checkbox"/> 剤形の変更 | <input type="checkbox"/> 耐性乳酸菌製剤関連 |
| <input type="checkbox"/> 規格が複数ある医薬品の規格変更 | <input type="checkbox"/> 外用剤の使用部位 |
| <input type="checkbox"/> 半割、粉碎、混合関連 | <input type="checkbox"/> 処方日数適正化 |
| <input type="checkbox"/> 一包化調剤 | <input type="checkbox"/> 医師了解のもとで処方されている用法 |

【具体的な修正内容】

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。 → **代表番号：0748-33-7101**

【病院書込欄】

薬剤課
確認



医事課
確認



薬剤課