**FAX　0238―24―3732　三友堂病院 薬剤部** **宛**＊保険薬局→薬剤部→処方医

**疑義照会簡素化プロトコル報告書**

《注意》このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

処方箋交付日：クリックまたはタップして日付を入力してください。

報告日：クリックまたはタップして日付を入力してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処方医：　　　　　　　　　　　 科  先生御机下 | | 保険薬局名  TEL  FAX  担当薬剤師名： | | | |
| 患者ID：  患者氏名： | |
| **簡素化プロトコルに基づき変更調剤を行い、薬剤を交付いたしました。**  **下記の通りご報告いたしますのでご高配賜りますようお願い申し上げます。** | | | | | |
| **変**  **更**  **区　分** | １：同一成分の銘柄変更 | | | ２：剤形変更 | |
| ３：複数規格薬の規格変更 | | | ４：半割、粉砕、混合等 | |
| ５：一包化 | | | ６：外用剤の用法追加 | |
| ７：日数・枚数の適正化 | | | ８：添付文書に基づく用法変更 | |
| ９：処方日数延長 | | | 10：自己注射針の処方数調整 | |
| ： | | | ： | |
| **区分** | **変更前** | |  | | **変更後** |
|  |  | | ➡ | |  |
|  |  | | ➡ | |  |
|  |  | | ➡ | |  |
|  |  | | ➡ | |  |
|  |  | | ➡ | |  |
|  |  | | ➡ | |  |
| 備考 | | | | | |

**・・・・≪病院記載≫・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**

|  |
| --- |
| 【薬剤部記入】□内容確認　　印　　　□処方入力修正　印　　　□医事課連絡　　印 |
| 【医師記入】医師サイン：　　　　　　　　　　　　　□報告内容を確認しました（承認） |

三友堂病院簡素化プロトコル報告書指定様式2022.9作成版