

FAX : 0185-54-7892 (代表)



※変更内容を記載した処方箋も同時に FAX してください。

独立行政法人地域医療機能推進機構秋田病院 疑義照会簡素化プロトコル情報提供書

報告日 : _____年____月____日

処方医 先生 御侍史	科	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :		TEL:
患者名 :		FAX :
		担当薬剤師 : 印

疑義照会簡素化プロトコルに基づき変更調剤を行い、薬剤交付いたしました。
ご確認をお願い致します。

処方箋交付年月日 : _____年____月____日	
処方修正内容 <input type="checkbox"/> ①残薬調整 <input type="checkbox"/> ②一包化調剤 <input type="checkbox"/> ③銘柄変更 <input type="checkbox"/> ④剤形変更 <input type="checkbox"/> ⑤規格変更 (内服薬) <input type="checkbox"/> ⑥規格変更 (湿布薬、軟膏) <input type="checkbox"/> ⑦消炎鎮痛外用貼付剤変更 (パップ⇔テープ) <input type="checkbox"/> ⑧用法追加 (外用薬) <input type="checkbox"/> ⑨処方日数適正化 (DPP-4 阻害薬、ビスホスホネート製剤) <input type="checkbox"/> ⑩処方日数適正化 (1 日おき) <input type="checkbox"/> ⑪用法適正化 (ビスホスホネート製剤) <input type="checkbox"/> ⑫日数調整 <input type="checkbox"/> ⑬消炎鎮痛外用貼付剤日数適正化 <input type="checkbox"/> ⑭漢方薬用量適正化	連絡欄 (変更内容を記載した処方箋のみでは、伝わりにくい内容があれば記載してください)

〈注意〉プロトコル以外の疑義照会は直接電話でご確認ください。