医療法人柳育会　柳病院　FAX: 0943-23-2179

あて先：医療法人柳育会　柳病院　薬剤科　 報告日：　　　　年 　　　月　　　日

**問合せ簡素化プロトコル報告書・疑義照会報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科： 　　　　　　　科  処方医：　　　　　　　　　　先生御侍史 | 保険薬局　名称・所在地  保険薬局番号：  電話番号：  FAX番号：  担当薬剤師名： |
| 患者ID：  患者名： |
| 処方箋交付年月日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 下記の該当する項目にチェックをお願いします。 | |
| **□ 問合せ簡素化プロトコルの項目**  （合意した保険薬局に限る、麻薬・抗腫瘍剤・免疫抑制剤は除く） | |
| * ① 成分名同一銘柄変更 * ② 剤形変更 * ③ 規格変更 * ④ 軟膏規格変更 * ⑤ 錠剤半割・粉砕等   ※詳細は処方箋に記載してください。 | * ⑥ 患者希望一包化 * ⑦ 残薬調整 * ⑧ 週1回製剤 処方日数適正化 * ⑨ 隔日投与・曜日指定投与 処方日数適正化 * ⑩ 外用剤用法追記 |
| **□ 疑義照会による処方変更**（上記にない内容）  内容： | |
| その他報告事項  ☐特になし | |

**★本書式と変更内容を記載した処方箋をFAXしてください。**

薬剤科確認済印