



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： 処方医：	科 先生御侍史	保険薬局 名称・所在地
患者 ID： 患者名：		保険薬局番号： 電話番号： FAX 番号： 担当薬剤師名：
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。

<p><input type="checkbox"/> 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)</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> ① 成分名同一銘柄変更</td><td><input type="checkbox"/> ⑥ 患者希望一包化</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ② 剤形変更</td><td><input type="checkbox"/> ⑦ 残薬調整</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ③ 規格変更</td><td><input type="checkbox"/> ⑧ 週1回製剤 処方日数適正化</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ④ 軟膏規格変更</td><td><input type="checkbox"/> ⑨ 隔日投与・曜日指定投与 処方日数適正化</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ⑤ 錠剤半割・粉碎等</td><td><input type="checkbox"/> ⑩ 外用剤用法追記</td></tr></table> <p>※詳細は処方箋に記載してください。</p>	<input type="checkbox"/> ① 成分名同一銘柄変更	<input type="checkbox"/> ⑥ 患者希望一包化	<input type="checkbox"/> ② 剤形変更	<input type="checkbox"/> ⑦ 残薬調整	<input type="checkbox"/> ③ 規格変更	<input type="checkbox"/> ⑧ 週1回製剤 処方日数適正化	<input type="checkbox"/> ④ 軟膏規格変更	<input type="checkbox"/> ⑨ 隔日投与・曜日指定投与 処方日数適正化	<input type="checkbox"/> ⑤ 錠剤半割・粉碎等	<input type="checkbox"/> ⑩ 外用剤用法追記
<input type="checkbox"/> ① 成分名同一銘柄変更	<input type="checkbox"/> ⑥ 患者希望一包化									
<input type="checkbox"/> ② 剤形変更	<input type="checkbox"/> ⑦ 残薬調整									
<input type="checkbox"/> ③ 規格変更	<input type="checkbox"/> ⑧ 週1回製剤 処方日数適正化									
<input type="checkbox"/> ④ 軟膏規格変更	<input type="checkbox"/> ⑨ 隔日投与・曜日指定投与 処方日数適正化									
<input type="checkbox"/> ⑤ 錠剤半割・粉碎等	<input type="checkbox"/> ⑩ 外用剤用法追記									
<p><input type="checkbox"/> 疑義照会による処方変更 (上記にない内容) 内容：</p>										
<p>その他報告事項 <input type="checkbox"/> 特になし</p>										

★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