



(送信先) 大原総合病院 医事課 FAX:024-526-0376

疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書

報告日：西暦 年 月 日

処方医 科 先生

患者氏名：	保険薬局名：
患者 ID：	登録番号：
処方日： 年 月 日	電話番号：
患者からの同意： <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	担当薬剤師：

合意に基づき、以下について疑義照会を省略いたしましたので御報告いたします。

【処方修正内容】

- 同一剤形・同一規格の銘柄変更
- 剤形変更（普通錠 ⇄ OD 錠に限る）
- 別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- 軟膏・クリーム・湿布薬での規格変更
- 週 1 回あるいは月 1 回製剤が、連日投与の他の処方薬と同一日数で処方されている場合の処方日数の適正化
- 「1 日おきに服用」と指示された処方箋が、連日投与の他の処方薬と同一の日数で処方されている場合の処方日数の適正化
- 薬歴上継続処方されている処方薬に残薬があるために、処方日数を調節（短縮）して調剤（外用剤の本数等の変更も含む）
- 一包化調剤
- 半割、粉碎、混合調剤
- 用法が指定されている薬剤における指定以外の用法が記載されていた場合の用法の変更
- 外用剤の用法（適用回数、適用部位、適用タイミング等）が添付文書に従った指示が口頭でされている場合の用法の追記

【詳細箇所詳細記載欄】

※疑義照会を行ったものは、このフォーマットを使用しないでください。

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。