

↑ FAX: 嶋田病院 薬剂部 096-324-5190

嶋田病院 / 嘉島クリニック 御中

薬局→薬剂部→医事課→医局
報告日 : 年 月 日

処方変更連絡書(疑義照会簡素化プロトコル)

担当医 先生	薬局名 : 住所 :
患者ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX番号 :
処方箋交付日: 年 月 日	担当薬剂師名 :
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 患者は秀二威への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

- 「院外商法戦疑義照会簡素化プロトコル」契約に則り、処方箋に基づき調剤を行い、
下記の通り薬剂交付致しましたので、報告いたします。

処方変更内容 <input type="checkbox"/> 成分が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 剤形変更 <input type="checkbox"/> 別規格製剤がある場合の調整規格変更 <input type="checkbox"/> 保険請求を伴わない半錠、粉碎の調剤 <input type="checkbox"/> 保険請求を伴わない一包化 <input type="checkbox"/> 貼付剤や軟膏類の包装、規格の変更 <input type="checkbox"/> 残薬の調整のための処方日数変更	詳細記録欄 ・変更内容 ※具体的に記載。変更内容を記録した処方箋を同時に FAXする場合は省略可
---	--

〈注意〉 FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
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。

病院使用欄

FAX 受領印	電話カルテ 処理印	医事課 処理印