FAX：嶋田病院 薬剤部 ０９６‐３２４‐５１９０

薬局→薬剤部→医事課→医局

嶋田病院 / 嘉島クリニック 御中 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 ：患者名 ： | 電話番号 ： |
| FAX番号 ： |
| 処方箋交付日： | 年 | 月 | 日 |  | 担当薬剤師名 ： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を □ 得た □ 得ていない□ 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ます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、下記の通り薬剤交付致しましたので、報告いたします。

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

残薬の調整のための処方日数変更

□

貼付剤や軟膏類の包装、規格の変更

□

保険請求を伴わない一包化

□

保険請求を伴わない半錠、粉砕の調剤

□

別規格製剤がある場合の調整規格変更

□

剤形変更

□

成分が同一の銘柄変更

□

処方変更内容

〈注意〉 FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。 病院使用欄

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FAX受領印 | 電話カルテ処理印 | 医事課処理印 |
|  |  |  |