

(別紙)

この報告書は疑義照会には使用せず、プロトコルに基づいた処方修正の報告に使用すること。  
プロトコルに基づいた処方修正後は、速やかに報告すること。

## 疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書

【送信先】 さぬき市民病院 FAX コーナー 0879-23-2131

報告日：令和 年 月 日

処方医 科 先生 御机下

患者氏名： 男・女	保険薬局名：
患者 ID： (予約票などから可能な限り病院の ID を使用して下さい)	所在地：
生年月日： 年 月 日	電話番号：
処方日：令和 年 月 日	担当薬剤師：

疑義照会簡素化プロトコルに基づいて、以下のとおり処方修正したことを報告します。

<p>【処方修正の内容】</p> <p><input type="checkbox"/>成分が同一の銘柄変更                      <input type="checkbox"/>一包化・半割・粉碎・混合調剤</p> <p><input type="checkbox"/>剤形変更    <input type="checkbox"/>外用薬の用法追記、湿布薬の上限枚数対応、全量入力の訂正</p> <p><input type="checkbox"/>規格変更    <input type="checkbox"/>薬効に影響する用法の変更、頓用薬の用法変更</p> <p><input type="checkbox"/>日数変更</p>
<p>【具体的な内容と理由】</p>

※変更が分かるようにして処方箋の写しも一緒に送信してください。