

(送信先) 公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂綜合病院 薬剤科 (FAX:024-939-5727)

プロトコルに基づく処方修正報告書

報告日： 年 月 日

処方医 科 先生

患者ID：	保険薬局名称：
患者氏名：	電話番号：
処方日：	登録番号：
患者からの同意： ☐ 得た ☐ 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しましたのでご報告いたします。

【処方修正内容】

- ☐①成分名が同一の銘柄変更
- ☐②内服薬の剤型変更
- ☐③別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- ☐④一包化指示の変更
- ☐⑤残薬調整のための処方日数短縮
- ☐⑥処方日数の適正化
- ☐⑦外用剤の使用部位

【修正箇所詳細記入欄】

※緊急性のある疑義照会は通常通り電話連絡にてお願いします。
疑義照会を行ったものや通常認められている変更調剤をこの形式で報告しないでください。

病院記入欄

薬剤科		特記事項