



(送信先) 公立大学法人福島県立医科大学附属病院 医事課 FAX:024-547-1985

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: 令和 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: 令和 年 月 日	電話番号:
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いたしましたので御報告いたします。

【処方修正内容】

- | | |
|---|--|
| ☐ ①成分名が同一の銘柄変更 | ☐ ⑦湿布薬や軟膏での規格変更 |
| ☐ ②剤形変更 | ☐ ⑧配合剤への変更 |
| ☐ ③別規格製剤がある場合の処方規格変更 | ☐ ⑨乳酸菌製剤の変更 |
| ☐ ④半割・粉碎・混合 | ☐ ⑩処方日数の適正化（ア・イ） |
| ☐ ⑤一包化調剤への変更 | ☐ ⑪用法記載の補完（ア・イ・ウ・エ） |
| ☐ ⑥一般名処方における調剤時の類似剤形への変更 | ☐ ⑫残薬調整に関する疑義照会 |

【修正箇所詳細記入欄】

--

※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。