

藤田医科大学病院 疑義照会簡素化プロトコル報告書

簡素化プロトコルを用いて訂正した場合にのみ本書式をご利用ください

診察券番号：	診療科：	処方日：
患者氏名：	生年月日：	
保険薬局名称：		

疑義照会簡素化プロトコルに従い、処方訂正をしました。

- 患者合意のもと、一包化調剤しました。(一包化した薬品名 or RP: _____)
 - 調剤報酬算定あり
 - 心身の特性により被包から取り出すことが困難なため
 - 多種類の薬剤処方による薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止するため
 - 調剤報酬算定なし
- 患者合意のもと、成分が同一の医薬品の銘柄変更をしました。
(薬品名: _____ → _____)
- 患者合意のもと、内服薬の剤型変更をしました。
(薬品名: _____ → _____)
- 患者合意のもと、別規格製剤へ変更をしました。
(薬品名: _____ → _____)
- 患者合意のもと、消炎鎮痛剤における剤型の変更をしました。
(薬品名: _____ → _____)
- 患者合意のもと、日数の適正化をしました。
(内容: _____)
- 患者合意のもと、残薬調整をしました。
(残数は数量もしくは残日数で記載ください。“多数”・空欄は不可)

薬品名	
残数	
調整後処方日数・回数	

- 選定療養を理由に変更品不可指定が入った先発品について、これまで調剤していた後発品で調剤しました。
(薬品名 or RP _____)

本書式と訂正内容を記載した処方箋を FAX してください。

FAX 送付先：藤田医科大学病院薬剤部 0562-93-4537
