

「院外処方箋における問合せ簡素化プロトコール」による処方修正報告書

※ 可能であれば、電子処方せん控えをあわせて FAX してください。

報告日	年	月	日	担当薬剤師	
患者名		男 女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	
保険薬局名		TEL	()		
住所					

チェックがないものは無効

患者の同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない
<input type="checkbox"/> 「院外処方箋における問合せ簡素化プロトコール」に合意します	

当院ホームページにてプロトコールを確認のうえ、問合せ省略内容に○をし、変更内容を左記の処方に記載して FAX して下さい。

①	成分名が同一の変更	②	剤形の変更	③	別規格がある場合の変更
④	半錠/粉碎/混合	⑤	一包化 or その逆	⑥	湿布薬/軟膏の規格変更
⑦	類似剤形への変更	⑧	残薬調整に伴う日数変更	⑨	元の配合剤への変更
⑩	漢方の食後の確認	⑪	消炎鎮痛外用貼付剤	⑫	週 1 回製剤等の日数適正化
⑬	医師の指示の対応	⑭	フォーミュラ対応		

⑭ フォーミュラ対応



= 記載欄 =

(該当施設を○で囲って下さい)

送信先	佐久総合病院	佐久医療センター	小海分院
該当薬剤部 FAX	0267-82-6499	0267-88-7174	0267-92-4770

疑義照会をした処方箋についてはこの書式を使用しないで下さい。