

(送信先) 帝京大学医学部附属病院薬剤部

FAX : 03-3964-2005

## 院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコルによる処方変更報告書

報告日： 年 月 日

患者氏名：	保険薬局名：
診察券番号： <small>(処方箋患者氏名の上の10桁)</small>	登録番号：
処方日： 年 月 日	電話番号：
診療科： 医師名：	担当薬剤師：

問い合わせ簡素化プロトコルの合意に基づき、疑義照会を省略いたしましたのでご報告いたします。

### 処方変更内容

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①残薬調整に関する処方日数の変更 | <input type="checkbox"/> ⑥銘柄変更     |
| <input type="checkbox"/> ②一包化             | <input type="checkbox"/> ⑦剤形変更     |
| <input type="checkbox"/> ③用法の適正化          | <input type="checkbox"/> ⑧規格変更     |
| <input type="checkbox"/> ④湿布薬の処方枚数の適正化    | <input type="checkbox"/> ⑨外用薬の規格変更 |
| <input type="checkbox"/> ⑤処方日数の適正化        |                                    |

### 処方変更詳細記入欄

--

※簡素化プロトコルを用いて変更した場合にのみ本報告書をご利用ください