（送信先）日本医科大学多摩永山病院　薬剤部行

FAX　042-372-7345

疑義照会プロトコルによる処方修正報告書

契約に基づき、以下について疑義照会省略いたしました。ご確認をお願いいたします。

保険薬局→薬剤部→処方医師

処方医：　　科　　先生　保険薬局名称・住所

処方日：　　年　　月　　日

報告日：　　年　　月　　日　TEL：

患者名：　　FAX；

ID：　　担当薬剤師：

患者からの同意　　□得た　□得ていない

疑義照会省略内容に〇をつけてください

１．　銘柄変更　　２．剤型　　３．処方規格変更
４．半錠・粉砕またはその逆（抗がん剤除く）　５．一包化調剤（その逆含む）
６．湿布薬や軟膏での規格変更　７．テープ剤⇔湿布剤　８．抗生剤なし（ﾋﾞｵﾌｪﾙﾐﾝ R→ﾋﾞｵﾌｪﾙﾐﾝ等）
9．週１回製剤・隔日投与などの日数調整（残薬調整は含まず）
１０．用法違いにより著しい薬効減弱が明確な用法変更（朝食前→起床時等）
１１．特定限定薬剤の用法変更　（漢方薬等の食後→食前）　１２．湿布薬枚数調整
１３．自己注射製剤　１４．鎮咳・去痰薬の変更　１５．その他（前回疑義照会済み）
＊（１４についての理由　　）

内容記載　または処方箋コピー

※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下さい。