

FAX送信先: KKR高松病院 薬剤科
(087)-861-6155

送信日: 年 月 日

疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書

患者ID		処方せん 交付日	年 月 日
患者氏名		保険薬局名	
診療科		保険薬局 電話/FAX番号	
処方医師		薬剤師名	

疑義照会簡素化プロトコルに基づいて、以下のとおり処方修正したことを報告します。

変更内容	☐ 成分が同一の銘柄変更	☐ 剤型変更
	☐ 規格変更	☐ 日数変更
	☐ 一包化・半割・粉碎・混合調剤	☐ 外用薬の用法追記、湿布貼付薬の上限枚数対応
	☐ 薬効に影響する用法の変更、頓用薬の用法変更	
詳細記入欄 ※一包化調剤については具体的にどの薬剤を一包化したかもご記入下さい。		

※変更が分かるようにして処方箋の写しも一緒に送信してください