

院外処方せんにおける疑義照会事前同意プロトコルに基づく処方修正報告書

報告日： 月 日

浜松医科大学病院

科

先生御侍史

保険薬局名・住所・電話・FAX・薬剤師名

患者ID：

患者名：

月 日、患者または家族からの十分な聞き取りおよび説明を行い同意を得た上で、事前合意プロトコルに基づき下記の通り処方内容を修正しましたのでご報告いたします。（該当する項目にチェック）

- ①成分名が同一の銘柄変更
- ②剤形の変更
- ③規格が複数ある処方薬の規格変更
- ④連日投与ではない処方薬の処方日数の適正化
- ⑤患者希望あるいはコンプライアンス等の理由による一包化調剤
- ⑥患者希望あるいはコンプライアンス等の理由による半錠、粉碎、混合等の調製
- ⑦外用剤の用法が不明な場合の用法追記
- ⑧頓服薬の用法に明らかな間違いがある場合の用法の変更
- ⑨残薬調整のための投与日数の短縮

[自由記載]※修正内容記載の処方せんコピーの添付でも可

※事前同意プロトコル対象外の疑義照会は通常通り電話で問い合わせください。

※疑義照会後の報告にはこのフォーマットを使用しないでください。