

### 疑義照会(プロトコル)

\*必ず処方箋をFAXして下さい

処方医: \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

報告日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者名:		保険薬局 名称	
ID :			
患者同意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	TEL: _____ FAX: _____
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告します。			担当薬剤師:

・処方箋に基づき調剤し薬剤を交付しましたが、下記の件について報告します。

分類	<input type="checkbox"/> 成分名が同一の銘柄変更	<input type="checkbox"/> 剤型の変更
	<input type="checkbox"/> 処方規格の変更	<input type="checkbox"/> 半割や粉碎、混合
	<input type="checkbox"/> 湿布薬の規格変更	
	<input type="checkbox"/> 軟膏の規格変更	
	<input type="checkbox"/> 外用剤の用法追記	
	<input type="checkbox"/> 処方日数の適正化	
	<input type="checkbox"/> 漢方薬、胃腸機能調整薬の用法を添付文書どおりの服用方法に変更	
	<input type="checkbox"/> 疑義照会で確認済みの漢方薬、EPA製剤、EPA・DHA製剤、メクロプラミド、ドンペリドンの食後投与への変更	
	<input type="checkbox"/> 一包化調剤（アドヒアランス不良又は身体的理由により）	
	<input type="checkbox"/> ビスフォスフォネート製剤の用法を添付文書どおりの服用方法に変更	
<input type="checkbox"/> その他		

薬剤師からの情報提供・提案内容（残薬についてはこれまでの対策・対応も記載）

