**疑義照会簡素化プロトコルに基づく変更報告書**

水戸赤十字病院　薬剤部　　FAX:029-233-9178

処方医：　　　　科　　　　　　先生　　　　報告日：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者番号：患者名： | 保険薬局TEL:　　　　　　FAX:担当薬剤師： |
| 患者からの同意　□ 得た　□ 得ていない |

プロトコルに基づき、処方内容を変更して調剤しました。

**【 処方変更内容 】**

* 残薬調整
* 一般名処方への変更
* 一包化指示の追加・削除
* 週1回または月1回製剤の処方日数の適正化
* 半錠・粉砕の指示の追加
* 外用薬の剤型変更（患者希望によるものに限る）
* 外用薬の用法変更（添付文書に基づく）
* 在宅材料・自己注射針の処方数の変更

【 変更箇所詳細記入欄 】

|  |
| --- |
|  |

< 注意 >

・合意を交わした薬局のみ、プロトコルの範囲内で変更調剤が可能です。

・緊急性のある問い合わせや疑義照会のときは、通常通り電話にてお願いします。