



(送信先) 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 医療サービス推進課 FAX: 03-3964-2962

疑義照会簡素化プロトコールによる処方修正報告書

報告日： 西暦 年 月 日

処方医： 科 医師

患者氏名：	保険薬局名：
生年月日：西暦 年 月 日	
患者ID：	合意書にある合意番号：
処方日：西暦 年 月 日	電話番号：
患者からの同意： ☐ 得た ☐ 得ていない	担当保険薬剤師：

※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ください。疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

合意に基づき、以下について問い合わせを省略いたしましたので御報告いたします。

【処方修正内容】

- | | |
|---|---|
| ☐ (1)成分名が同一の銘柄変更 | ☐ (8)抗菌薬使用中の抗菌薬非耐性乳酸菌の耐性乳酸菌製剤への変更もしくは、その逆 |
| ☐ (2) 剤型変更 | ☐ (9)処方日数の適正化 |
| ☐ (3)規格・包装単位変更 | ☐ (10)用法記載の補完 |
| ☐ (4) 半割・粉碎 | ☐ (11)軟膏の混合指示漏れ |
| ☐ (5)一包化指示 | ☐ (12)添付文書に基づく軽微な用法変更 |
| ☐ (6) 投与日数調整 | ☐ (13)一般名処方における調剤時の類似剤型への変更 (先発品類似剤型への変更を含む) |
| ☐ (7)配合剤への変更もしくは、その逆 | |

処方変更前 .	処方変更後 .
------------	------------

【修正箇所詳細記入欄】

* 残薬が生じた理由と残薬を回避するために取った対応についての情報提供をお願いします。