



FAX：河北総合病院薬剤部 03-3339-9107

薬局 → 薬剤部 → 主治医局

河北総合病院 / 河北総合病院 分院 / 河北 ライトクリニック 御中 報告日： 年 月 日

処方変更連絡書（疑義照会簡素化プロトコル）

担当医 科 先生	薬局名： 住所：
患者 ID： 患者名：	電話番号： FAX 番号：
処方箋交付日： 年 月 日	担当薬剤師名：
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします	

「院外処方箋疑義照会簡素化プロトコル」契約に則り、処方箋に基づき調剤を行い、下記の通り薬剤交付いたしましたので、報告いたします。

処方変更内容 <input type="checkbox"/> 成分が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 剤形変更 <input type="checkbox"/> 別規格製剤がある場合の調整規格変更 <input type="checkbox"/> 保険請求を伴わない半錠、粉碎の調剤 <input type="checkbox"/> 保険請求を伴わない一包化 <input type="checkbox"/> 貼付剤や軟膏類の包装、規格の変更 <input type="checkbox"/> 残薬の調整のための処方日数変更	詳細記録欄 ・変更内容 ※具体的に記載。変更内容を記録した処方箋を同時に FAX する場合は省略可。
---	---

<注意> FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のある疑義照会は通常どおり電話にてお願いします。

病院使用欄

Fax 受領印	電子カルテ 処理印	医事課 処理印