

イムス富士見総合病院 疑義照会変更結果報告書

【薬剤部宛FAX：049-252-0502】

受付時間：平日8:30～17:30 土曜日8:30～13:00
 (上記時間以外でも受信は可能ですが、対応が遅れてまいりますので可能な限りの遵守をお願い致します。)

＜太字の黒枠部分をご記載ください。＞

【注意事項】送信前にFAX番号の再確認をお願い致します。

保険薬局名		照会薬剤師名		電話番号	
患者ID		職種		病院対応者名	
患者氏名	様	患者性別	男・女	患者生年月日	
疑義照会年月日： 年 月 日 / FAX枚数：本紙を含め 枚					

該当する方に☑をしてください

疑義照会内容 当院の院外処方せんにおける疑義照会簡素化プロトコールに基づく処方変更の場合は該当するものに☑をして下さい	<input type="checkbox"/> 当院の院外処方における 疑義照会簡素化プロトコールに基づく処方変更(当院と合意形成した保険調剤薬局に限る) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 成分名が同一の銘柄変更(麻薬、注射薬、吸入薬、点眼薬を除く) <input type="checkbox"/> 複数規格製剤がある内服薬の規格変更(用法用量・適応が同一の場合に限る、麻薬を除く) <input type="checkbox"/> 貼付剤や軟膏類の包装単位の変更(総量が同一の場合に限る) <input type="checkbox"/> 患者希望による内服薬の剤形変更(用法用量・適応が同一に限る、麻薬を除く) <input type="checkbox"/> 患者希望による半錠、粉砕(保険請求を伴う変更を含む) <input type="checkbox"/> 患者希望あるいはアドヒアランス不良が改善されると判断できる一包化(保険請求を伴う変更を含む) <input type="checkbox"/> 患者希望による外用貼付剤のパップ剤、テープ剤相互の変更(成分・含有量・枚数が同一の場合に限る) <input type="checkbox"/> 残薬があるため処方日数を減らす、または処方を削除する(外用薬を含む、麻薬を除く) <input type="checkbox"/> 次回外来(受診予約表が確認できた場合)まで処方日数が足りない為、処方日数を延長する。 ただし、次回外来受診日までに休薬や中止の指示がなく継続と判断できる場合に限る。 (外用薬を含むが、麻薬、ホルモン療法を含む抗癌剤、抗菌薬、抗ウイルス薬、ステロイドの漸増・減療法、新薬、向精神薬などの投薬期間制限医薬品、添付文書上に投与日数制限の記載があり日数の上限を超える薬剤などは除く) また、患者の要望等を理由とした必要以上の増量は認めない。 <input type="checkbox"/> DDP-4阻害薬の週一回製剤、ビスホスホネート製剤の週一回、月一回製剤が連日投与のほかの処方薬と同一日数で処方されている場合の処方日数の適正化 <input type="checkbox"/> 「一日おきに服用」と指示された処方薬が、連日投与のほかの処方薬と同一日数で処方されている場合の処方日数の適正化 <input type="checkbox"/> 内服薬の用法が頓用あるいは回数指定で処方箋に記載があり、具体的な用法が口頭で指示されている場合の用法の追記(薬歴上あるいは患者面談上用法が明確な場合) <input type="checkbox"/> 外用剤の具体的な用法が口頭で指示されている場合の用法の追記 (薬歴上あるいは患者面談上用法が明確な場合) <input type="checkbox"/> 抗菌薬の併用による乳酸菌から耐性乳酸菌への変更
<input type="checkbox"/> 医師への疑義照会	
*詳細(照会内容)を記載して下さい	
回答内容 プロトコールに基づく処方変更の場合は変更後の内容を記載して下さい ※残薬調整の場合は理由も明記してください	
備考	

病院医事課記入欄		
受取日	担当者名	備考

※医事課にてスキャンしてください。
 イムス富士見総合病院