

春日部中央総合病院 疑義照会変更結果報告書

【薬剤部宛 FAX : 048-736-1851】

受付時間： 平日 8:30～17:00 土曜日 8:30～15:00

(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。)

【注意事項】実際の処方箋と同時に FAX 送信してください。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	
-------	--	--------	--	------	--

患者氏名	様	患者性別	男・女	患者生年月日	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

- 当院の院外処方における疑義照会プロトコールに基づく処方変更 ※当院と合意形成した薬剤師会の会員保険調剤薬局に限る
- 医師への疑義照会による処方変更

<p>疑義照会内容</p> <p>当院の院外処方せんにおける疑義照会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</p> <p>該当しない場合はその他に詳細を記載して下さい</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>成分名が同一の銘柄変更</u> (麻薬、注射薬、吸入薬を除く) <input type="checkbox"/> <u>患者希望による内服薬の剤形変更</u> (用法用量・適応が同一に限る、麻薬を除く) <input type="checkbox"/> <u>複数規格製剤がある内服薬の規格変更</u> (用法用量・適応が同一の場合に限る、麻薬を除く) <input type="checkbox"/> <u>患者希望による半錠、粉砕、混合等</u> (保険請求を伴う変更を含む) <input type="checkbox"/> <u>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</u> (保険請求を伴う変更を含む) <input type="checkbox"/> <u>貼付剤や軟膏類の包装単位の変更</u> (総量が同一の場合に限る) <input type="checkbox"/> <u>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</u> (成分・含有量・枚数が同一の場合に限る) <input type="checkbox"/> <u>外用剤の用法(適用部位・回数等)が口頭で指示されている場合に用法用量を追記する</u> (添付文書から逸脱せず、薬歴上あるいは患者面談により指示が明確な場合に限る) <input type="checkbox"/> <u>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</u> (外用薬を含む、麻薬を除く) <input type="checkbox"/> <u>次回外来まで処方日数が足りない為、処方日数を延長する</u>。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"/> その他
<p>回答内容</p> <p>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</p> <p>※残薬調整の場合は理由も明記して下さい</p>	
<p>備考</p>	

病院薬剤部記入欄

受取日 薬剤師名	処理方法	処方箋発行日	修正者	修正日	確認者	備考
	カルテ修正あり	当日	薬剤部	薬剤部	薬剤部	
	確認のみ	当日以外	システム室	システム室	薬剤部	

※システム室での修正後は薬剤部へご返却ください。