

(添付 2)



川島病院 薬剤部

FAX : 088—631—5500

処方修正報告書 (疑義照会用紙)

診療科		医師名		報告日	
-----	--	-----	--	-----	--

患者 ID (病院)		保険薬局 名称	
患者名		住所	
		TEL	
患者同意	<input type="checkbox"/> 得た	FAX	
	<input type="checkbox"/> 得ていない	担当薬剤師	印

事前合意に基づき、以下の疑義照会を省略致しました。ご確認お願い致します。

【修正処方内容】 <input type="checkbox"/> 成分名が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 剤形変更 <input type="checkbox"/> 処方規格変更 <input type="checkbox"/> 外用薬の包装規格変更 <input type="checkbox"/> 湿布薬の 剤形・包装用量・ サイズ変更 <input type="checkbox"/> 半割・粉碎・混合 <input type="checkbox"/> 一包化調剤への変更	<input type="checkbox"/> 残薬調整のための投与日数変更 <input type="checkbox"/> 外用薬の用法・用量の適正化 <input type="checkbox"/> DPP-4 阻害薬、BP 製剤等の処方日数適正化 <input type="checkbox"/> 隔日投与の処方日数の適正化 <input type="checkbox"/> 添付文書で明らかに決められている用法・用量変更 <input type="checkbox"/> 添付文書で明らかに決められている用法の適正化 <input type="checkbox"/> 服用歴のある配合剤への変更 <input type="checkbox"/> PPI、P-CAB の継続処方 <input type="checkbox"/> 用法の追記 <input type="checkbox"/> その他
【修正箇所詳細記入欄】 処方箋発行日： 年 月 日 修正箇所	

<注意> 緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認下さい。