別紙1

防衛医科大学校病院　薬剤部

**FAX番号　04-2995-1509**

報告日：　　　　年　　　月　　日

**疑義照会簡素化プロトコルに関する処方修正報告書**

処方医：　　　　　　　　　科　　　　　　　　　先生

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：  患者名： | 保険薬局　名称・所在地  TEL：  FAX：  担当薬剤師名： |
| 患者又は代諾者の同意を  □　得た　　□得ていない |

事前合意に基づき、以下の疑義照会を省略いたしました。ご確認のほどお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | □ 一包化・剤形変更  □「残薬調整のための処方日数の調整」  □「週1回服用」、「月1回服用」、「1日おきに服用」等の指示のある薬剤の日数修正  □ 用法  □ 規格  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤師からの情報提供・提案内容 | |

※　このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。

※　緊急性のある疑義照会や問い合わせは、処方医に直接電話でご確認ください。

※　疑義照会簡素化プロトコルに関する情報提供は本書式、その他は「服薬情報提供書（トレーシングレポート）」を使用して下さい。