

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 :	保険薬局 名称・所在地 TEL : FAX : 担当薬剤氏名 :
患者名 :	
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 ☐ 「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 ☐ 残薬調整のための処方日数の短縮 ☐ 吸入指導の指示 ☐ 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、がん化学療法に関する情報提供は「がん化学療法連携シート」、吸入薬に関する情報提供は「デバイス別チェックリスト」、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。