

宛先：総合せき損センター

報告日： 年 月 日

疑義照会簡素化プロトコルに基づく変更連絡票(FAX 送付票)

診療科：	科	保険薬局 名称・所在地
処方医：	先生侍史	
患者 ID：		電話番号：
患者名：		
		担当薬剤師名：
問い合わせ不要の項目 <input type="checkbox"/> ①成分が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> ②剤形変更 <input type="checkbox"/> ③規格変更 <input type="checkbox"/> ④湿布・軟膏の規格変更 <input type="checkbox"/> ⑤一包化 <input type="checkbox"/> ⑥隔日投与等の処方日数適正化 <input type="checkbox"/> ⑦承認されていない用法が記載された処方の用法変更 <input type="checkbox"/> ⑧外用の用法追記 <input type="checkbox"/> ⑨残薬調整		
処方箋の交付年月日： 年 月 日		

<上記内容の詳細> 変更前          変更後
その他報告事項 <input type="checkbox"/> 特になし

..... 病院記入欄 .....

<input type="checkbox"/> 内容を確認し、処方医に報告しました。 <input type="checkbox"/> その他( )
記入日： 年 月 日    記入者：