

< 疑義照会事前合意プロトコール専用FAX用紙 >

↑
_____ 御中

報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

疑義照会事前合意プロトコールの原則を遵守し、患者の不利益につながらないように細心の注意を払い行うこと。

- 院外処方における疑義照会事前合意プロトコールに基づき変更調剤を行い、薬剤を交付しました。変更内容を記載した処方せんコピーを添付し、ご報告いたします。
- 下記の項目の疑義照会事前合意プロトコールを行いました。（該当の番号を○する）
 1. 同一成分薬への変更（先発品、後発品、他社製品の類似剤形への変更を含む）
 2. 規格変更（規格追加を含む）
 3. 処方日数調整（追加・削減） ※リフィル処方箋の日数調整は不可
 4. 残薬調整 ※処方自体の削除は不可とする。（必ず疑義照会が必要）
 5. 半割、粉碎、混合指示の追加（あるいはその逆）
 6. 一包化調剤指示の追加（あるいはその逆）
 7. 販売移管などによる名称変更
 8. 用法指示漏れの追記（適正化）

保険薬局名 :

担当薬剤師 :

電話番号 :

FAX番号 :

※ 判断に悩む場合は通常通り電話で疑義照会を行うこと

※ 変更内容を患者へ説明し、患者の同意の下行うこと

こちらの欄に
処方せんコピーを添付



左側のチェック・記載項目を記入、
コピーした処方せん上に
処方変更の内容を記載し、
FAXしてください。

< 実施医療機関 >

- 周南記念病院 : 0833 - 45 - 3331
- 徳山医師会病院 : 0834 - 32 - 5349
- 徳山中央病院 : 0834 - 28 - 4419
- 光総合病院 : 0833 - 72 - 1008
- 大和総合病院 : 0820 - 48 - 3924