

大分記念病院

FAX      097-545-7216

保険薬局→医事課→処方医師

## 疑義照会プロトコルに則った変更に関する報告書

**【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連絡ください。**

※ 処方修正等に係る取決め事項は、必ず疑義照会プロトコル規定をご参照ください。

大分記念病院    TEL: 097-543-5005 (代表)

FAX: 097-545-7216

処方医: \_\_\_\_\_ 報告日: \_\_\_\_\_ 年    月    日

保険薬局名称:	担当薬剤師:
住所:	
TEL:	FAX:
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない

契約に基づき、以下について疑義照会等を省略いたしました。ご確認をお願いいたします。

処方修正等該当項目(あてはまるものに✓をしてください。)

<input type="checkbox"/> ①内服薬の規格変更	<input type="checkbox"/> ⑤経腸栄養剤のフレーバー変更
<input type="checkbox"/> ②外用剤の規格変更	<input type="checkbox"/> ⑥局方品の銘柄変更
<input type="checkbox"/> ③週1、月1製剤の投与日数調整	<input type="checkbox"/> ⑦一包化の継続(前回実施歴:    年 月 日)
<input type="checkbox"/> ④隔日投与等の投与日数調整	<input type="checkbox"/> ⑧残薬による減数調剤(下記から選択)(理由:    )

修正内容記載欄(院外処方箋左側を貼付してください)



正確な変更内容が分かるように記載してください。処方箋が2枚以上になる場合は処方箋の1枚目を報告書を添付して2枚目以降は報告書なしで、訂正を記した処方箋をそのままFAXしてください。不明点がある場合は、薬剤科にご連絡ください。

221117 10024

### 外来処方箋 (院外)

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です)

公費負担者番号	719113	保険者番号	大・2222	診療科	内科
公費負担医療の受給者番号		新保険者証・新保険者手続の記号・番号		診療科	
氏名	00090001 719113-01	医療機関の名称 大分県大分市環園四丁目2番8号 大分記念病院			
性別	男	電話番号	097-543-5006		
生年月日	昭和58年03月08日	保険氏名	小山 典子		
区分	被保険者	郵便番号	830-0115		
交付年月日	令和4年11月17日	処方箋の処方期間			
変更不可	<p>【1】アムロジピン口腔内崩壊錠 5mg 1錠 28日分</p> <p>【2】プロチゾラム錠 0.25mg 1錠 28日分</p> <p>【3】アレンドロン酸錠 35mg 1錠 4日分</p>				
処方	<p>1) アムロジピン口腔内崩壊錠 5mg 1錠 28日分</p> <p>2) プロチゾラム錠 0.25mg 1錠 28日分</p> <p>3) アレンドロン酸錠 35mg 1錠 4日分</p> <p style="text-align: center;">以下余白</p>				
調剤	<p>調剤年月日 令和4年11月17日</p> <p>調剤薬局 大分記念病院</p> <p>調剤薬剤師 〇〇〇</p>				
備考	<p>保険薬局の所在 大分県大分市環園四丁目2番8号 大分記念病院</p> <p>調剤年月日 令和4年11月17日</p> <p>公費負担者番号 719113</p>				