

調剤薬局→西市民病院 疑義照会内容結果連絡票
FAX送付先:078-576-5405 連絡先:西市民病院薬剤部 078-576-5251

- 注1. 原則、医師に照会した後に西市民病院薬剤部に送信してください。
 注2. 先発→後発、後発→後発への変更に関する報告は不要です。
 注3. 残薬調整の結果報告については別書式がありますのでそちらにご記載をお願いいたします。
 注4. 処理欄以外は基本的にすべて記入してください。

●変更概要選択肢

<p>【内服薬】</p> <p>①異なる成分への変更(※類似成分) ②新規薬剤追加(※類似の成分からの変更を除く) ③残薬調整以外の理由での薬剤削除 ④一包化コメントの追加/削除 ⑤規格違いの剤形の変更 ⑥剤形違いへの変更(OD⇄錠・散・顆粒・DS⇄錠/DS⇄錠など) ⑦粉碎指示追加or削除 ⑧用法変更(※1日量は同じ) ⑨用量変更(※用法は同じ) ⑩用法用量変更(用法変更し、1日量も変更) ⑪日数変更 * 法規上の処方日数制限による変更 ⑫日数変更 * 次回外来日までの日数過不足(※残薬調整を除く) ⑬日数変更 * 流通不安定に伴う日数変更 ⑭日数変更 * 処方日数の適正化(週1、隔日内服にも関わらず連日内服薬と日数が同じ) ⑮コメントの追加、削除(※一包化コメントは除く)</p>	<p>【外用薬】</p> <p>A. 使用部位未記載による追記 B. 部位変更・追記(追記に伴う用法記載変更がある場合も含める) C. 剤形違いへの変更(テープ⇄パップ/軟膏⇄クリーム等) ※規格・総量は同等 D. 総量変更(※残薬調整は除く) E. 成分の異なる薬品への変更(※類似成分) F. 新規薬剤追加(※類似の成分からの変更を除く) G. 残薬調整以外の理由での薬剤削除 H. コメントの追加/削除</p>
--	---

【どの選択肢にも当てはまらない場合】
 その他・・・※必ず理由記載欄に詳細記載下さい。

調剤薬局名: _____ TEL: _____

患者ID		変更概要 選択肢		※④、⑤、⑥、⑦、⑪、⑫、⑭、A、B、 C、H→理由記載不要
診療科		処方医	Dr	薬剤師名
処方箋 発行日	年 月 日	疑義照会	有・無	照会日 年 月 日
変更前内容※処方箋通りにRp.薬品名、用法用量等を記載下さい			変更後内容	
Rp.			➡	
変更理由記載欄				

〈処理欄〉

内容チェック
可・不可

処理
歴・記・済・他
備考

印

患者ID		変更概要 選択肢		※④、⑤、⑥、⑦、⑪、⑫、⑭、A、B、 C、H→理由記載不要
診療科		処方医	Dr	薬剤師名
処方箋 発行日	年 月 日	疑義照会	有・無	照会日 年 月 日
変更前内容※処方箋通りにRp.薬品名、用法用量等を記載下さい			変更後内容	
Rp.			➡	
変更理由記載欄				

〈処理欄〉

内容チェック
可・不可

処理
歴・記・済・他
備考

印

患者ID		変更概要 選択肢		※④、⑤、⑥、⑦、⑪、⑫、⑭、A、B、 C、H→理由記載不要
診療科		処方医	Dr	薬剤師名
処方箋 発行日	年 月 日	疑義照会	有・無	照会日 年 月 日
変更前内容※処方箋通りにRp.薬品名、用法用量等を記載下さい			変更後内容	
Rp.			➡	
変更理由記載欄				

〈処理欄〉

内容チェック
可・不可

処理
歴・記・済・他
備考

印