

報告日： 年 月 日

<保険薬局の皆様へのお願い>

- ・疑義照会は処方医師が対応しますので、病院代表にご連絡ください。 TEL:045-787-2800
- ・疑義照会の結果、処方内容に変更があった場合は、この用紙に記入し、FAXにてお知らせください。
- ・院外処方箋における問い合わせの一部を不要とする運用(院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル)の覚書を締結している保険薬局では、一部の疑義照会を患者に同意を得た上で省略可能です。
- ・簡素化プロトコルに基づき変更した場合もこの用紙の<処方変更内容>を記載し、FAXにてお知らせください。

宛先	〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3-9 公立大学法人 横浜市立大学附属病院 医事課 <FAX> 045-787-2901(直通) *番号間違えには十分ご注意ください
発信者	保険薬局名: 住所: 電話・FAX: (TEL) (FAX) 担当者名:
疑義照会後の処方変更内容	患者番号: 診療科名: 医師名: <処方変更内容>
	<備考>

以下、院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコルの覚書を締結している保険薬局のみ、
該当項目必ずにチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 簡素化プロトコルに基づき変更しました。
<該当項目> <input type="checkbox"/> 1. 薬剤の変更 <input type="checkbox"/> 成分名が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 内服薬の剤形の変更 <input type="checkbox"/> 処方規格の変更 <input type="checkbox"/> 湿布薬や軟膏での規格変更 <input type="checkbox"/> 抗菌薬の併用の有無によるビオフェルミンからビオフェルミンRへの変更、またはその逆 <input type="checkbox"/> 消炎鎮痛外用剤におけるパップ剤からテープ剤への変更、またはその逆 <input type="checkbox"/> 2. 用法の変更 <input type="checkbox"/> 3. 調剤方法の変更 <input type="checkbox"/> 4. 残薬の調整に伴う処方量の変更(麻薬、抗悪性腫瘍剤、向精神薬を除く)