（送信先）医聖会　八幡中央病院　医事課　FAX:075-983-0310

院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコルによる処方修正報告書

報告日:　　年　　月　　日

処方医:　　科　　先生

患者氏名		保険薬局名	
患者ID		登録番号	
処方日		電話番号	
患者からの同意:　☐　得た　☐　得ていない		担当薬剤師	

合意に基づき、以下について疑義照会を省略いたしましたのでご報告致します。

【処方修正内容】

☐①成分名が同一の銘柄変更
☐②内服薬の剤形変更
☐③別規格製剤がある場合の処方規格変更
☐④半割　・　粉砕　・　混合
☐⑤一包化調剤への変更
☐⑥軟膏・クリーム剤の規格変更
☐⑦処方日数の短縮
☐⑧湿布薬や軟膏での用法追記
☐⑨向精神薬の処方日数短縮
☐⑩週1回あるいは月1回製剤の処方日数適正化
☐⑪一般名処方における調剤時の類似剤形への変更

【修正箇所詳細記入欄】

※疑義照会を行ったものは、このフォーマットを使用しないでください。
緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願い致します。

令和6年7月19日　作成