亀井病院

FAX:088-668-1122

処方修正報告書（疑義照会用紙）

担当医：　　先生御机下　　報告日：　　年　　月　　日

患者氏名：　　性別：男　女 生年月日：　　年　　月　　日　（　　歳）	保険薬局 名称・所在地
患者からの同意：　□ 得た　　□ 得ていない	担当保険薬剤師氏名：　　印
電話番号：	FAX 番号：

事前合意に基づき、以下の疑義照会を省略致しました。ご確認お願い致します。

【 修正処方内容 】

- □ 成分が同一の 銘柄変更
- □ 剤形の変更
- □ 規格変更
- □ 外用薬の包装規格変更
- □ 湿布薬の 剤形・包装用量・サイズ変更
- □ 半割・粉砕・混合
- □ 一包化調剤への変更
- □ 残薬調整のための投与日数変更
- □ 外用薬の用法・用量の適正化
- □ DPP 4 阻害薬、BP 製剤 等の処方日数 適正化
- □ 隔日投与の処方日数の適正化
- □ 添付文書で明らかに決められている用法・用量変更
- □ 添付文書で明らかに決められている用法の適正化
- □ 服用歴のある配合剤への変更
- □ PPI 、P CAB の継続処方
- □ 用法の追記
- □ その他

【 修正箇所詳細記入欄 】　　処方箋発行日：　　年　　月　　日

修正箇所

■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確認下さい。