

疑義照会問い合わせ簡素化プロトコル報告書

聖隷沼津病院 薬剤課 御中

西暦 年 月 日 時 分 発信

フリガナ		患者番号	
患者氏名		生年月日	
診療科		担当医師	
薬局名		担当薬剤師	
TEL		FAX	

報告

- | | |
|---|--|
| ☐ 一包化 | ☐ 剤形変更(例:カプセル⇔錠剤) |
| ☐ 規格変更 | ☐ 処方日数調整(週1回など) |
| ☐ 残薬調整(原則削除しない) | ☐ 名称変更(採用薬切替途中など) |
| ☐ 用法追記(例:外用剤の回数など) | ☐ 指導に係る医師の指示 |
| ☐ 外用剤の適正量 | ☐ その他() |

変更内容

(必ず処方箋のコピーを添付すること)

送信先

聖隷沼津病院 薬剤課 055-952-1176