

FAX 送信先：東京女子医科大学八千代医療センター 薬剤部（047-458-7103）

<保険薬局の皆様へ>

「疑義照会簡素化プロトコル」の実施は保険薬局ごとに当院との合意締結が必要です。

「疑義照会簡素化プロトコル」に該当しない場合は、通常通り電話で処方医に疑義照会をお願いします。

報告日：20 年 月 日

院外処方箋における調剤行為問合せ簡素化プロトコルにおける疑義照会報告書

処方医 科 先生 御机下	保険薬局名・所在地：
患者 ID: 患者名： 処方箋発行日：	電話番号： FAX 番号： 担当薬剤師名：
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意は得ていませんが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

【合意書を交わした事項に関する項目内容】

1. 薬剤の変更について
 2. 処方日数の変更について
 3. 用法指示の変更について
 4. 調剤方法の変更について

東京女子医科大学八千代医療センターとの間で交わした「院外処方箋における疑義照会プロトコル合意書」に準じて、以下の通り調剤しましたので報告いたします。

【内容詳細】

【処方箋記載内容】	【変更後】
【薬局からの提案事項等】	