

院外処方箋における疑義照会事前同意に基づく処方修正報告書

浜松医療センター \_\_\_\_\_ 科  
\_\_\_\_\_ 先生御侍史

患者 ID: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_

報告日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保険薬局・住所・電話・FAX・薬剤師名

\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日、患者または家族からの十分な聞き取りおよび説明を行い同意を得た上で、事前合意プロトコルに基づき下記の通り処方内容を修正しましたのでご報告いたします。

- 該当する項目にチェック
- ☐ ①用法に関する修正
- ☐ ②連日投与ではない処方薬の処方日数の適正化（間違いが明確な場合）
- ☐ ③成分名が同一の銘柄変更
- ☐ ④内服薬の剤形の変更
- ☐ ⑤調剤方法の変更
- ☐ ⑥複数規格ある薬剤の規格変更
- ☐ ⑦残薬による投与日数の調整（短縮）または処方日数が必要日数に満たないと判断される場合の投与日数の適正化
- ☐ ⑧外用剤の用法が不明な場合の用法追記
- ☐ ⑨頓服用法に明らかな間違いがある場合の用法の変更
- ☐ ⑩粉碎指示がある薬剤の簡易懸濁への変更
- ☐ ⑪簡易懸濁の削除
- ☐ ⑫不要なコメントの削除

[自由記載] ※修正内容記載の処方せんコピーの添付でも可

※事前同意プロトコル対象外の疑義照会は通常通り各診療科へ電話でお問い合わせください。

※疑義照会の後の報告にはこのフォーマットを使用しないでください。