



疑義照会及び事前同意プロトコル報告書

処方医: _____ 科 _____ 先生御机下 報告日 20__年__月__日

ID: _____ 患者名: _____ (生年月日: _____年__月__日)	羽島薬剤師会へのプロトコル委任状(提出済・未)
	受付保険薬局情報 (名称、所在地、電話番号、FAX番号) 担当薬剤師名: _____

処方箋中の下記の疑義に関して ・ ★回答をお願いします。 ・ 連絡いたします。

★回答希望時間	至急お願いします。	時 分迄にお願いします。	急ぎません。
処方箋交付日: 20__年__月__日		調剤日: 20__年__月__日	
□1.疑義照会事前同意プロトコルに基づく変更報告 (羽島薬剤師会への委任状提出済みの場合のみ有効)			
<input type="checkbox"/> ①成分名が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> ②内用薬の剤形変更 <input type="checkbox"/> ③複数規格の規格変更 <input type="checkbox"/> ④錠剤等の半割・粉碎・混合 <input type="checkbox"/> ⑤錠剤等の一包装調剤 <input type="checkbox"/> ⑥湿布薬等の規格変更 <input type="checkbox"/> ⑦週1製剤等の日数適正化 <input type="checkbox"/> ⑧隔日投与薬の日数適正化 <input type="checkbox"/> ⑨湿布薬の部位追記等 <input type="checkbox"/> ⑩フレーバーの種類変更 <input type="checkbox"/> ⑪用法の適正化 <input type="checkbox"/> ⑫配合剤への変更			
□2.疑義照会(プロトコル以外)			
<input type="checkbox"/> 日数・回数・総数の過不足 <input type="checkbox"/> 投与日数(長期投与)の確認 <input type="checkbox"/> 処方意図の確認 <input type="checkbox"/> 用法・用量・服用時点の確認 <input type="checkbox"/> 使用部位の確認 <input type="checkbox"/> 同種同効薬の重複の確認 <input type="checkbox"/> 相互作用の確認 <input type="checkbox"/> 処方薬の(追加 削除 変更)の依頼・提案(残薬調整に基づかない) <input type="checkbox"/> その他			
内容記入欄(□1.プロトコル □2.疑義照会) ☑ 次頁に処方箋をFAXいたします。			

-----<以下病院回答欄>-----

<input type="checkbox"/> プロトコルに基づく変更を確認しました。 <input type="checkbox"/> 処方箋のとおり調剤して下さい。 <input type="checkbox"/> 下記薬剤を(追加 削除)して下さい。		<input type="checkbox"/> 上記(薬局記載)の内容の通りに変更して下さい。 <input type="checkbox"/> 下記(病院記載)の内容の通りに変更して下さい。	
内容記入欄			
確認者	薬剤師	(医事課)	
回答時間	時 分	回答者	