保険薬局 → 薬剤部→ （スキャン）→ （担当医）→

→薬剤部→保険薬局

　　　　　　　　　　（医事課）

羽島市民病院　薬剤部

FAX：058-393-3591

**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

|  |  |
| --- | --- |
| I　D：  患者名：  （生年月日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　） | 羽島薬剤師会へのﾌﾟﾛﾄｺﾙ委任状（　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） | | | | | | | |
| * ①成分名が同一の銘柄変更 * ④錠剤等の半割・粉砕・混合 * ⑦週1製剤等の日数適正化 * ⑩フレーバーの種類変更 | | * ②内用薬の剤形変更 * ⑤錠剤等の一包化調剤 * ⑧隔日投与薬の日数適正化 * ⑪用法の適正化 | | | * ③複数規格の規格変更 * ⑥湿布薬等の規格変更 * ⑨湿布薬の部位追記等 * ⑫配合剤への変更 | | |
| **□2.疑義照会（プロトコル以外）** | | | | | | | |
| * 日数・回数・総数の過不足 * 用法・用量・服用時点の確認 * 同種同効薬の重複の確認 | | * 投与日数(長期投与）の確認 * 使用部位の確認 * 相互作用の確認 | | | * 処方意図の確認   □腎機能による用量確認  腎臓シール　〇有　〇無 | | |
| * 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） | | | | | | * 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＞－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　 －　－　－　－

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * プロトコルに基づく変更を確認しました。 * 処方箋のとおりに調剤して下さい。 * 下記薬剤を（　追加　　削除　）して下さい。 | | | | | | * 上記（薬局記載）の内容の通りに変更して下さい。 * 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 |  |