

聖霊病院 疑義照会簡素化プロトコル連絡用紙

本連絡用紙 + 院外処方箋 を 聖霊病院薬剤部 FAX：052-832-1925 までご送信ください。

| | |
|--------|--|
| 保険薬局名 | |
| 電話番号 | |
| FAX 番号 | |
| 連絡薬剤師名 | |

| | | | |
|--------|-------|-------|-------|
| 患者氏名 | | 患者 ID | |
| 処方箋発行日 | 年 月 日 | 連絡日 | 年 月 日 |

疑義照会簡素化プロトコル 該当箇所に チェックを入れてください。

- ① 成分名が同一の銘柄変更（バイオシミラーは不可）

- ② 一般名処方、銘柄処方における類似剤形への変更（一般名から先発類似品への変更も含む、外用薬は原則不可）

- ③ 患者の希望があった場合の消炎鎮痛貼付剤における パップ剤⇔テープ剤 への変更

- ④ 別規格製剤がある場合の処方規格の変更

- ⑤ 患者希望あるいはコンプライアンスなどの理由による一包化調剤

- ⑥ 残薬の調整で日数を短縮する調剤

- ⑦ ビスホスホネート製剤の週 1 回あるいは月 1 回製剤の処方日数の適正化

- ⑧ 隔日処方の日数の適正化

- ⑨ 承認内容と異なる食事区分の用法の変更（薬効を考慮した適正な処方への変更に限る）

- ⑩ 外用剤（塗布薬、貼付薬等）の適用部位の変更

上記に基づき変更しました。

変更内容（処方箋に変更内容を記載されている場合はこちらにチェックを入れてください → ）

院内薬剤師確認

薬剤師は本連絡用紙を受領後、必要時カルテオーダーを代行修正し、テンプレート報告を行う

電子カルテオーダー修正 修正済 修正しない _____サイン or 印