豊川市民病院　疑義照会簡素化プロトコル報告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者番号： | 科名： | 処方日； |
| 患者氏名： | 生年月日： | |
| 保険薬局名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　承認番号　　　　番  電話：　　　　　　　　　　　 　　　　　担当薬剤師： | | |

疑義照会簡素化プロトコルに従い、患者同意のもと下記の事項において処方訂正をしました。

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | * １．成分名が同一の銘柄変更　　　　　　🞏　６．残薬調整のための処方日数の変更 * ２．剤形の変更　　　　　　　　　　　　🞏　7･8処方日数の適正化（処方間違いが明確な場合） * ３．別規格製剤への変更　　　　　　　　🞏　９．経腸栄養剤の味の変更 * ４．錠剤の半割や粉砕、あるいはその逆　🞏　10．外用薬の使用部位の追記 * ５．一包化調剤　　　　　　　　　　　　🞏 |
| 具体的な変更内容 | |

豊川市民病院　薬局　FAX　0533-86-1218