**疑義照会簡素化プロトコルに基づく調剤報告書②**

黒部市民病院　御中

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 患者番号 |  |
| 診療科 |  | 処方医師名 | 医師 |
| 処方日 | 令和　　年　　月　　日 | 調剤日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 該当のプロトコル | | | |
| □**（1）**残薬確認に伴う減数調剤（**\***下欄の理由を参照してください）  □**（2）**内用薬において別規格製剤がある場合の規格変更  □**（3）**週1回、月1回製剤の処方日数の適正化  □**（4）**「1日おき服用」および「曜日指定服用」の処方日数の適正化  □**（5）**経腸栄養剤のフレーバーの変更 | | | |
| 上記に基づき変更いたしました。  変更内容 | | | |
| **\* （1）**残薬確認に伴う減数調剤  【残薬が生じた理由に関する情報提供】  □飲み忘れ　□用量用法の間違い　□自己調節　□その他（　　　　　　　　　　　）  薬剤師としての提案（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※次回、再診時に減数調剤希望の場合は、服薬情報提供書にて報告します。 | | | |
| 保険薬局名  担当薬剤師名  住所  電話番号  ＦＡＸ番号 | | | |

※この用紙と一緒に処方せんもFAXお願いします。

FAXの流れ：保険薬局→薬剤科→DA（カルテ記載）→処方医

↳医事課　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　改訂2022.4