

FAX送信先: 中央病院薬剤部 (087)-802-1346

送信日: 年 月 日

## 疑義照会連絡票

プロトコルまたは疑義照会に基づき処方変更・調剤した場合は、当連絡票を香川県立中央病院薬剤部DI室までFAXにてご送付ください。プロトコル内容については、別紙「院外処方箋における疑義照会簡略化プロトコル」をご参照下さい。

患者ID		処方せん 交付日	年 月 日
患者氏名		保険薬局名	
診療科		保険薬局 電話/FAX番号	
処方医師		薬剤師名	

【疑義照会】 ※後発品への変更については、FAX不要です

<input type="checkbox"/> <b>プロトコルに基づく変更</b> → 変更内容を記入し、FAXしてください。 変更内容 <input type="checkbox"/> ①先発医薬品銘柄変更 <input type="checkbox"/> ②剤形変更(内用剤) <input type="checkbox"/> ③規格変更(内用剤) <input type="checkbox"/> ④規格変更(外用剤) <input type="checkbox"/> ⑤処方日数の適正化(指定薬剤のみ)	
<input type="checkbox"/> <b>疑義照会</b> → <u>電話にて照会後</u> 、変更内容を記入し、FAXしてください。 照会内容 <input type="checkbox"/> 用法・用量 <input type="checkbox"/> 禁忌 <input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> 同種同効薬重複 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 処方薬の追加・削除・変更依頼 <input type="checkbox"/> 残薬調整依頼 <input type="checkbox"/> 一包化、粉碎、混合依頼 <input type="checkbox"/> その他( )	
詳細記入欄	

TEL番号: (087)-811-3333(代)

各種問い合わせ先

- ①処方内容(診療、調剤に関する疑義・質疑など): 各診療科
- ②保険関係(保険者番号、公費負担など): 医事課外来(内線2110)
- ③疑義照会簡略化プロトコル・トレーシングレポートに関すること: 薬剤部 DI担当(内線 5829)