**別紙②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2023.10改定**

**FAX送信先**　　あおもり協立病院　薬局　　　　　　０１７－７２９－３２６８

　　　　　　　協立クリニック　　　　　　　　　　　　同上

　　　　　　　中部クリニック　　医事課　　　　　０１７－７７５－１３６１

　　　　　　　生協さくら病院　　医事課　　　 　０１７－７３８－２３０４

処方修正報告書

処方医　　　　科　　　　　　　　　先生　　　　　　　報告日　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者名 | 生年月日 | 患者又は代諾者からの同意  □得た　□得てない  代諾者続柄： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局名 | 電話番号 | FAX | 担当薬剤師名 |
| 保険薬局住所　〒 | | | |

**疑義照会簡素化プロトコールに基づき以下について処方修正いたしましたのでご報告いたします**

|  |  |
| --- | --- |
| **該当番号にレ点**  □①ｱﾄﾞﾋｱﾗﾝｽ向上のための剤型変更やﾌﾚｰﾊﾞｰ変更(必要に応じて処方に反映)  ②一般名処方における調剤時の類似剤型への変更  □（ｱ）普通錠、口腔内崩壊錠、カプセル剤  □（ｲ）散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ﾄﾞﾗｲｼﾛｯﾌﾟ剤（固形剤で調剤の場合）  □（ｳ）液剤、ｼﾛｯﾌﾟ剤、ﾄﾞﾗｲｼﾛｯﾌﾟ剤（液剤で調剤する場合）  □③基礎的医薬品・局方品のメーカー変更  □④規格変更  □⑤一包化　（処方に反映）  ⑥処方日数の適正化　（処方に反映）  □（ｱ）週1回、月1回など  □（ｲ）隔日投与  ⑦出荷調整等による入手困難な場合（限定的）  □（ｱ）漢方薬  □ (ｲ) 剤型変更  □（ｳ）規格変更 | **修正箇所詳細記入欄**  **□初回　　□　　回目**  **処方箋発行日　　　月　　日**  修正内容を具体的に記載する。ただし、変更内容を記載した処方箋をFAXする場合は不要。 |