

徳島健生病院 宛

報告日: 令和 年 月 日

服薬情報提供書

担当医 科 先生 御机下	保険薬局
患者 ID:	電話番号:
患者氏名: 様	FAX 番号:
生年月日: 年 月 日	担当薬剤師:
処方日: 令和 年 月 日	調剤日: 令和 年 月 日
【徳島健生病院との合意書を交わした事項に関する項目】	
<input type="checkbox"/> 成分が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 剤形の変更 <input type="checkbox"/> 規格が複数ある医薬品の規格変更	
<input type="checkbox"/> 軟膏や湿布薬での用量規格の変更 <input type="checkbox"/> 一包化、半割、粉碎、混合 <input type="checkbox"/> 残薬調整のための投与日数の短縮	
<input type="checkbox"/> 外用剤の用法追記 <input type="checkbox"/> 処方日数の適正化 <input type="checkbox"/> 薬事承認されている「用法」以外の処方	
<input type="checkbox"/> 明らかな用法間違いの変更、追記	

徳島健生病院との間で交わした「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコール合意書」に準じて、以下の通り調剤しましたので報告いたします。

【処方箋記載内容】	【変更後】
【薬局からの提案事項等】	

<注意> 緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。