

香川労災病院疑義照会連絡票

送信日： 年 月 日

処方箋交付日： 年 月 日 / 調剤日： 年 月 日

患者氏名： (男・女) / 患者ID：

生年月日： 年 月 日

診療科： 処方医師：

薬局名：

薬剤師氏名：

薬局連絡先： TEL / FAX

☐ プロトコルに基づく変更(初回のみ疑義照会後にFAXにて情報提供)

※お薬手帳による情報提供を徹底すること

- 変更内容
- ☐ 成分名が同一の銘柄変更
 - ☐ 剤形変更
 - ☐ 規格変更(内用剤)
 - ☐ 規格変更(外用剤)
 - ☐ 外用剤の用法・用量・使用部位の変更
 - ☐ 添付文書との用法違いの変更
 - ☐ 処方枚数と処方日数が不一致
 - ☐ 同効薬に変更された場合の元の配合剤への変更
 - ☐ 患者希望による消炎鎮痛剤のパップ剤からテープ剤への変更
 - ☐ 服薬アドヒアランス向上に係る半割、粉碎、混合
 - ☐ 患者希望・服薬アドヒアランス向上に係る分割、一包化調剤
 - ☐ 一般名処方における調剤時の類似剤形への変更
 - ☐ 連日投与薬と隔日投与薬等との処方日数の適正化
 - ☐ 乳酸菌製剤の変更
 - ☐ 次回受診日までの不足薬に係る処方日数の追加
 - ☐ 具体的な用法が口頭で指示されている場合の用法の追記
 - ☐ 薬歴上の継続処方薬の残薬に基づく投与日数の調整(短縮)
 - ☐ その他

詳細記入欄

備考欄

※必ず処方箋のコピーを疑義照会連絡票の右記に添付すること

FAX送信先：0877-21-8900 (香川労災病院内丸亀市薬剤師会FAXコーナー)