



FAX送信先：市立奈良病院 0742-24-5859

報告日： 年 月 日

〈注意〉 このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

## 「問い合わせ簡素化プロトコル」 情報提供書

情報提供先医療機関名		情報提供元保険薬局	
医療機関名	市立奈良病院	保険薬局名	
診療科	科	所在地	市 区・町・村
担当医師名		担当薬剤師	Ⓜ
		TEL	
		FAX	

「問い合わせ簡素化プロトコル」に基づき変更調剤を行い、薬剤交付いたしました。

患者ID		患者氏名	
------	--	------	--

処方せん交付年月日：	年 月 日	調剤年月日：	年 月 日
分類	<input type="checkbox"/> 1. 同一成分銘柄変更 <input type="checkbox"/> 3. 同一成分処方規格変更 <input type="checkbox"/> 5. 半錠・粉砕・混合する、その反対への変更 <input type="checkbox"/> 7. 外用薬の規格変更(処方総量は変更なし) <input type="checkbox"/> 9. 残薬による投与日数調整 <sup>※</sup> <small>※残薬が生じた理由を記載してください。</small>		<input type="checkbox"/> 2. 内服薬の剤形変更 <input type="checkbox"/> 4. 同一成分の合剤への変更 <input type="checkbox"/> 6. 一包化調剤 <input type="checkbox"/> 8. 処方日数の適正化 <input type="checkbox"/> 10. その他 <sup>※</sup> <small>※以下に詳細を記載してください。</small>
	[ ]		

分類	変更前内容		変更後内容
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	

備考(服薬情報、処方提案等を含む)

【注:この提供書様式は、プロトコルを締結した薬局のみが使用するものです。】