

**<注意> 本情報提供書よる情報提供は疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り電話にてお願いします。**

※変更内容を記載した処方箋を添付して FAX して下さい。

問合せ簡素化プロトコル専用 情報提供書

処方医： _____ 科 _____ 先生 御侍史 報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患 者 ID	保険薬局 名称・所在地
患 者 名	電話番号：
	FAX 番号：
生年月日 明 大 昭 平 令 年 月 日生	担当薬剤師名（自署）：

問合せ簡素化プロトコルに基づき変更調剤を行い、薬剤を交付いたしました。ご確認をお願いいたします。
本情報提供書に対する返信（回答）は必要ありません。（重要な伝達事項発生時などを除く）

処方箋交付年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
プロトコルに 基づく 処方修正項目	☐ 1) 銘柄変更 ☐ 2) 規格変更（内服薬） ☐ 3) 剤型変更（内服薬） ☐ 4-1) 一包化調剤 ☐ 4-2) 粉碎調剤 ☐ 4-3) 混合調剤 ☐ 5) 残薬調整（短縮） ☐ 6) 処方日数の適正化 ☐ 7-1) フレーバー指定薬の変更 ☐ 7-2) ペン型インスリン針本数変更
報告・連絡事項（変更理由などの薬剤師からの情報提供、処方箋記載内容の概略を記載して下さい）	

***** 病院記入欄 *****

☐ 内容を確認し処方医に報告しました。 ☐ その他（ _____ ）	記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者： _____
---	---

処方せん添付欄

【変更内容を処方箋コピーに記載し添付して下さい】

【処方箋が複数枚ある場合：該当薬が分かる部分を添付】