

# 簡素化プロトコールによる処方変更報告書

FAX先：0537-85-7301

報告日 年 月 日

市立御前崎総合病院		
医師		科
		先生

保険薬局	
薬剤師名	
電話	
FAX	

患者ID

患者名

処方箋発行日 年 月 日

1. 疑義照会 簡素化プロトコール対応による 銘柄変更	報告内容
2. 疑義照会 簡素化プロトコール対応による 剤型変更	
3. 疑義照会 簡素化プロトコール対応による 規格変更	
4. 疑義照会 簡素化プロトコール対応による 処方日数と処方量の適正化	
5. 疑義照会 簡素化プロトコール対応による 投与方法の適正化	
6. その他	

★該当する項目に○をつけてください。

★必要な場合は処方箋のコピーを添付して下さい。

