県南病院薬剤科 御中 (FAX:029-841-0818)　　　　　　　　　　　　　報告日：　　 　年　　 月　 　日

薬剤情報の提供にあたりカバーレターとしてご使用ください

**疑義照会簡素化プロトコル用薬剤情報提供書**

疑義照会簡素化プロトコルに従い、以下にチェック（☑）した内容に関して変更したので情報提供します。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：  患者氏名： | 保険薬局（名称）：  電話：  FAX：  担当薬剤師名： |
| 診療科：  処方医：  処方日： |

変更調剤

□ 成分が同一の銘柄変更 □ 異なる剤形への変更　 □ 異なる規格製剤への変更

□ 同一成分の消炎鎮痛外用貼付剤におけるパップ剤からテープ剤（あるいはその逆）の変更

□ 同一成分の消炎鎮痛外用貼付剤における温感から非温感(あるいはその逆)の変更

□ 吸入回数が異なる吸入製剤への変更

□ 噴霧回数が異なる点鼻製剤への変更

調剤方法の変更

□ 処方薬を粉砕・混合または規格を追加 　　□ 一包化またはその逆

日数調整（数量調整）（医療用麻薬は除く）

□ 残薬調整 　　　　　　　　　□ 処方日数の調整（延長）

□ DPP4阻害薬、ビスホスホネート製剤の処方日数

□ 「1日おきに服用」 と指示された処方薬の処方日数

□ 「曜日指定」等 と指示されたスルファメトキサゾール・トリメトプリム製剤の処方日数

薬効に影響する用法の変更

□ ビスホスネート製剤 　　　□ α-グルコシダーゼ阻害剤、速効型インスリン分泌促進薬

□ クラバモックス小児用配合ドライシロップの用法が｢食直前｣以外の場合の｢食直前｣へ変更

□ 漢方薬、EPA製剤、EPA・DHA製剤、メトクロプラミド、ドンペリドンの「食後」投与

変更内容の詳細は以下の通りです

|  |
| --- |
|  |

以上

|  |
| --- |
| 病院記入欄 |