

## 疑義照会に関するお願い

当院では、患者様の待ち時間軽減と円滑な疑義照会の実施を目的に、専用回線を設けてお問合せを受け付けております。また、混雑を避けるため、問い合わせ不要または書面による事後報告にて疑義照会に代えさせていただくことができる項目を設定しております。

Faxでもってご連絡いただいた場合は、本照会方法の内容にご同意いただいたものとみなします。ご了承ください。

● FAXによる事後報告をもって疑義照会とする項目（このお問合せ方法では返信・電話による回答はしませんのでご注意ください。）

- ・ 普通錠からOD錠への変更
- ・ 一包化
- ・ 残薬調整または過不足に伴う処方日数の変更
- ・ 銘柄・規格・剤形の変更

次項の用紙を記入または照会内容を明記した書類をFAXにてお送りください。

送信時間を疑義照会の時間とさせていただきます。

● 疑義照会 不要の項目

- ・ フレーバーの変更（ex アミノレバン、経腸栄養剤 など）
- ・ 費用がかからない一包化
- ・ 変更不可の指定がないもののジェネリックへの変更
- ・ 塗り薬の規格変更 5g 2本 → 10g 1本
- ・ 湿布薬の規格変更 7枚 6袋 → 6枚 7袋

年 月 日

処方変更に関する情報提供書

患者様情報		薬局様情報	
氏名 :		名称 :	
	様	電話番号 :	
生年月日 :	年 月 日	FAX番号 :	
処方箋発行日 :	年 月 日	担当薬剤師 :	

<処方変更> 該当する項目に✓をつけてください

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ① 残薬または過不足に伴う処方日数の変更 | <input type="checkbox"/> ② 一包化・割錠・粉碎あるいはその反対への変更 |
| <input type="checkbox"/> ③ 内服薬の銘柄・剤形・規格の変更    | <input type="checkbox"/> ④ 外用薬の銘柄・剤形・規格の変更       |
| <input type="checkbox"/> ⑤ その他                |  |

変更内容番号 ①~⑤	変更前の処方内容	変更後の処方内容

備考

