



プロトコルに基づく薬剤治療管理結果報告書

FAX 送信先：寺岡記念病院 薬剤科 FAX：0847-52-3162

<注意>この FAX による情報伝達は疑義照会ではありません
この用紙はトレーシングレポートではありません
疑義照会は通常通り薬剤科直通の電話にて確認してください
疑義照会専用番号：0847-52-3265 (内線 336)

患者 ID：	保険薬局 名称・住所
患者氏名：	TEL：
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	FAX： 担当薬剤師 印

処方医： _____ 科 _____ 医師 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

☆ 処方修正内容 <input type="checkbox"/> 1 残薬調整 <input type="checkbox"/> 2 一包化 <input type="checkbox"/> 3 粉碎調剤 <input type="checkbox"/> 4 簡易懸濁法 <input type="checkbox"/> 5 ビスホスホネート製剤の用法の適正化 <input type="checkbox"/> 6 週 1 製剤等の処方日数の適正化 <input type="checkbox"/> 7 外用剤の使用部位追加 <input type="checkbox"/> 8 外用鎮痛剤のコメント追加 <input type="checkbox"/> 9 漢方薬の食後投与 <input type="checkbox"/> 10 成分同一銘柄変更調剤 <input type="checkbox"/> 11 処方規格の変更 <input type="checkbox"/> 12 内服薬の剤型のみの変更 <input type="checkbox"/> 13 次回受診日までの処方日数の適正化	【保険薬局薬剤師からの情報記入欄】 ・処方箋発行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・修正内容 _____
--	--

【病院薬剤師記入欄】 対応薬剤師： _____

<注意>この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません