**中東遠総合医療センター**

**プロトコルに基づく疑義照会専用報告書**

報告日：　　年　　　月　　　日　（送信先）

　　　　　　　　　　　　　中東遠総合医療センター　FAXコーナー

　　　　　　　　　　　　　 　　　　　FAX　0537-24-8712

処方医　　　　　　　　科　　　　　　　　　　先生御侍史

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID． |  | 処方日 | ２０　 年　 　月　　 日 |
| 患者氏名 |  |

処方変更しましたのでお知らせいたします。

|  |
| --- |
| 【変更内容】  □プロトコルに基づく変更　□　A．残薬調整　日数短縮・外用薬減量など  □　B．処方日数の適正化　日数短縮のみ  □　C．用法の追記、適正化  □　D．調剤方法の確認  □　E．その他  （備考） |

※手書き変更した処方箋のコピーを添付し、上記FAX番号までご送信下さい。

　なお、FAX番号には十分ご注意願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **送　　信　　元** | | | | |
| 保険  薬局名 |  | | **プロトコル契約日** | **契約番号** |
| ２０　　年　　　月 |  |
| 所在地 | Tel：　　　　　　　　　　　FAX： | | | |
| 担当薬剤師 | |  | | |

中東遠総合医療センター　薬剤部

２０２３年２月６日作成