**＜疑義照会簡素化プロトコルによる調剤報告書＞**

**保険薬局　→　安来市立病院　薬剤室　宛**

|  |  |
| --- | --- |
| 処方せん交付年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日  患者番号：  患者名：  診療科名：  医師名： | 報告日：　　　　　年　　　　月　　　　日  薬局名：  薬局住所：  TEL・FAX：  担当薬剤師名：  ＊当薬局は安来市立病院と「疑義照会簡素化プロトコル」についての合意書を締結しております。 |

**【変更内容】**

* 別規格製剤がある場合の規格変更
* 無償にて一包化
* 前回までの一包化指示が消えていたため、これまでと同様に一包化
* 残薬調整
* 月１回製剤・週1回製剤の処方日数適正化
* 前回コメントの削除（今回の処方内容に関連のない場合）
* 湿布薬の枚数変更（1袋あたりの枚数で割りきれない場合）

|  |
| --- |
| **変更内容の詳細** |

|  |
| --- |
| **変更理由** |

安来市立病院　薬剤室　TEL：（0854）32-2121　FAX：（0854）-32-2125