吹田徳洲会病院　薬剤部　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　年　　月　　日

疑義照会票/変更調剤(PBPM)報告書

該当する処方箋もあわせてFAXしてください

専用FAX番号:06-6878-1250

※保険関係は医事課へ

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医 　　　　　　　　科先生　御机下 | 保険薬局 名称（住所・電話番号・FAX番号）担当薬剤師名： |
| 患者番号：患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　様 |

|  |
| --- |
| **照会内容記入欄(内容のみ簡潔にお願いします)**  |
| **回答欄 1.処方通りでお願いします 2.ご指摘の内容通り修正、変更をお願いします** **3.下記の通りに修正、変更をお願いします** |

□疑義照会 ※非常勤医に場合、回答に時間を要します

□調剤事前申し合わせ協定にかかるプロトコルに基づき調剤しましたので、下記の通り報告いたします。

|  |
| --- |
| **処方箋交付(受付)年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日** |
| **調剤事前申し合わせ協定に基づくプロトコルの項目/疑義照会の項目(該当なしの場合選択不要)**

|  |  |
| --- | --- |
| * １ １）同一成分薬の銘柄変更(薬剤：　　　　　　　　　 　　　　　　　)
 | * ３残薬調整のための処方日数短縮(残薬発生理由は下欄）(薬剤：　　　　　　　　　　　　　 　　　)
 |
| * １ ２）内服薬の剤型変更(薬剤：　　　　　　　　　　 　　　　　　)
 | * ４　外用薬の用法追記(薬剤：　　　　　　　　　　　　 　　　　)
 |
| * １ ３）含量規格の変更(薬剤：　　　　　　　　　　　 　　　　　)
 | * ５　ビスホスホネート製剤、ＤＰＰ４製剤の処方日

数の適正化(薬剤：　　　　　 　　　　)　 |
| * ２　アドヒアランス改善等の理由による半割・粉砕・混合又は一包化
 | * ６　承認されていない用法を記載された処方の

用法変更(薬剤：　　　　　 　　　　) |

**残薬が生じた理由（複数回答可）**[ ] 使用忘れが積み重なった　　　　 [ ] 使用量や回数が間違っていた [ ] 別医療機関で同じ医薬品が処方された[ ] 処方数が実使用数より多かった [ ] 自己判断による中断（理由：　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| **自由記載欄** |

 |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊　病院記入欄　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |
| --- |
| [ ] 内容を確認し、処方医に報告しました。[ ] その他（　　　　　　　　　　　 　　　）記入日：　　　年　　月　　日　記入者： |

豊能・三島地区薬薬連携協議会　共通様式１等の使用可　第1版 2024/3/1作成