

疑義照会問い合わせ簡素化プロトコル報告書

沼津市立病院 薬剤部 御中

西暦 年 月 日 時 分 発信

フリガナ		患者番号	
患者氏名		生年月日	
診療科		担当医師	
薬局名		担当薬剤師	
TEL		FAX	

報告

<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 剤形変更(例:カプセル⇔錠剤)
<input type="checkbox"/> 規格変更	<input type="checkbox"/> 処方日数調整(週1回など)
<input type="checkbox"/> 残薬調整(原則削除しない)	<input type="checkbox"/> 名称変更(採用薬切替途中など)
<input type="checkbox"/> 用法追記(例:外用剤の回数など)	<input type="checkbox"/> 指導に係る医師の指示
<input type="checkbox"/> 外用剤の適正量	<input type="checkbox"/> その他()

変更内容

(必ず処方箋のコピーを添付すること)

送信先

沼津市立病院 FAXコーナー 055-929-0462