疑義照会簡素化プロトコール 処方修正報告書 (トレーシングレポート)

- ① 品目変更、② 剤形変更、③ 規格変更、④ 配合剤 については、報告は不要です。
- ⑤ 日数適正化、⑥ アドヒアランス向上、⑦ 口頭指示の用法、コメント追加、⑧ 明らかな用法間違い、
- ⑨ 残薬調節 については、<u>本レポートを処方箋コピー</u>とともに下段に記載している送付先へ FAX にてご送付いただくようお願いいたします。

基本項目

患者氏名:	病院 ID:	受診日:
処 方 日:	診療科:	処 方 医:
保険薬局名:	電話番号:	薬剤師名:

・ 修正項目 (下記の内容に〇をつけてください)

⑤ 日数最適化	⑥ アドヒアランス向上	⑦ロ頭指示の用法、コメント追加
⑧ 明らかな用法間違い	⑨ 残薬調節	_

• 修正処方内容

【修正前】	【修正後】

※ 本レポートは、疑義照会ではありません。レポートに対する返信はしません。

送付先: 苫小牧市立病院 薬剤部 FAX 番号: 0144-31-5100