記入日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

**プロトコルに基づく疑義照会報告書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処方医：  先生 御机下 | | 保険薬局 名称（所在地・電話番号・FAX 番号） |
| 患者番号： 患者氏名： | |
| 担当薬剤師名： |
|  | | |
| 内　　　容 | | |
| 処方箋交付日：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 調剤日：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | |
| * 成分名が同一の銘柄変更 * 内用薬・貼付剤の剤形変更 * 内用薬における別規格製剤がある場合の処方規格の変更 * 取決め範囲内での日数短縮・日数適正化 * 一包化、半錠、粉砕あるいは混合 * その他、合意事項 | | |
| 詳細記入欄 | | |