秋田県立循環器・脳脊髄センター　宛　　　　　　　　　保険薬局　→　薬剤部・医事課・外来　→　診療科

**＜注意＞**　本情報提供書よる情報提供は**疑義照会ではありません。**

**疑義照会は通常通り電話にてお願いします。**

※変更内容を記載した処方箋を添付してFAXして下さい。

問合せ簡素化プロトコル専用　情報提供書

処方医：　　　　　 　科　　　　 　　　　先生 御侍史　 　報告日：　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID | 保険薬局　名称・所在地 |
|  |
| 患者名 | 電話番号： |
|  | FAX番号： |
| 生年月日  明 大 昭 平 令　 年 月 日生 | 担当薬剤師名（自署）： |

問合せ簡素化プロトコルに基づき変更調剤を行い、薬剤を交付いたしました。ご確認をお願いいたします。

本情報提供書に対する返信（回答）は必要ありません。（重要な伝達事項発生時などを除く）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処方箋交付年月日：＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿＿＿日 | | |
| プロトコルに基づく  処方修正項目 | 1）銘柄変更  2）規格変更（内服薬）  3）剤型変更（内服薬）  4-1）一包化調剤  4-2）粉砕調剤 | 4-3）混合調剤  5）残薬調整（短縮）  6）処方日数の適正化  7-1）フレーバー指定薬の変更  7-2）ペン型インスリン針本数変更 |
| 報告・連絡事項（**変更理由**などの薬剤師からの情報提供、処方箋記載内容の概略を記載して下さい） | | |

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

秋田県薬剤師会 秋田中央支部 薬薬連携協議会　共通様式　第1版

2022年12月作成

|  |
| --- |
| 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： |

**処方せん添付欄**

【変更内容を処方箋コピーに記載し添付して下さい】

【処方箋が複数枚ある場合：該当薬が分かる部分を添付】

FAX：018-803-4472（秋田県立循環器・脳脊髄センター）