

| | | |
|-------------|-----------|----|
| 対応者 (病院) | カルテ 記載 | 取込 |
| | | |

松波総合病院 FAX: 058-388-0721 (薬局直通)

まつなみ健康増進クリニック FAX: 058-388-5330 (薬局直通)

院外処方箋疑義照会用 FAX 用紙

※この用紙と同時に処方箋も FAX してください。

※疑義照会の返答は電話で行います。

| | |
|---|---|
| 薬局名 薬局住所 電話番号 FAX 番号 | |
| 担当薬剤師名 | |
| 医療機関名 | 松波総合病院 ・ まつなみ健康増進クリニック |
| 患者 ID | |
| 患者氏名 | |
| 疑義照会内容 | <input type="checkbox"/> FAX 応需のみ <input type="checkbox"/> 患者来局済み (<input type="checkbox"/> 患者本人等に確認済み) <input type="checkbox"/> 処方箋に直接記入 <input type="checkbox"/> 適応病名確認 (薬品名 : _____) |
| 疑義照会不要 項目 (プロトコル Ver.1.1) に伴 う報告 | <input type="checkbox"/> 週一回製剤・外用薬数量等 (プロトコル対象は処方量減少の場合のみ) (薬品名 : _____ 日数・数量 _____ → _____) <input type="checkbox"/> 軟膏等外用薬の使用部位 (薬品名 : _____ 部位 : _____) <small>※患者の認識している部位が不適切と判断される場合は疑義照会</small> <small>※使用回数の変更はプロトコル対象外</small> <input type="checkbox"/> 一包化 (一包化が必要な理由 : _____) <input type="checkbox"/> 一包化不要 (一包化が不要な理由 : _____) |