



FAX送信先：奈良春日病院 0742-27-5873

報告日： 年 月 日

＜注意＞ このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

「問い合わせ簡素化プロトコル」 情報提供書

情報提供先医療機関名		情報提供元保険薬局	
医療機関名	奈良春日病院	保険薬局名	
		所在地	市 区・町・村
診療科	科	担当薬剤師	Ⓔ
担当医師名		TEL	
		FAX	

「問い合わせ簡素化プロトコル」に基づき変更調剤を行い、薬剤交付いたしました。

患者ID		患者氏名	
------	--	------	--

処方せん交付年月日：			年	月	日	調剤年月日：			年	月	日
分類	☐ 1. 同一成分銘柄変更					☐ 2. 内服薬の剤形変更					
	☐ 3. 同一成分処方規格変更					☐ 4. 同一成分の合剤への変更					
	☐ 5. 半錠・粉砕・混合する、その反対への変更					☐ 6. 一包化調剤					
	☐ 7. 外用薬の規格変更（処方総量は変更なし）					☐ 8. 処方日数の適正化					
	☐ 9. 残薬による投与日数調整※					☐ 10. その他※					
	※残薬が生じた理由を記載してください。					※以下に詳細を記載してください。					
	[					]					

分類	変更前内容		変更後内容
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	

備考（服薬情報、処方提案等を含む）