FAX 097-586-6119

大分大学医学部附属病院　薬剤部　　　　　　　　　 保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

**施設間情報連絡書**

処方医：　　　　　　　科　　　　　　　　先生　　報告日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ID：  処方箋発行日：　　　　年　　　月　　　日  患者名：  生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日 | | 保険薬局名称  住所  TEL：  FAX：  担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　印 |
| 患者からの同意 | □得た  □得ていない |

契約に基づき、以下について疑義照会等を省略いたしました。ご確認をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **処方修正等該当項目**  **（当てはまるものに✔をしてください。）**  □①銘柄変更  □②内服薬の含量規格変更  □③内服薬の剤形変更  □④パップ剤⇔テープ剤の変更  □⑤包装規格変更（味含む）  □⑥単剤の組み合わせ→配合剤の変更  □⑦内服薬の加工（粉砕）  □⑧一包化（前回実施歴：　　年　月　日）  □⑨外用剤の指示（部位等）の記載  □⑩残薬による減数調剤  □⑪週1、月1製剤の投与日数調整  □⑫隔日投与の投与日数調整  □⑬漢方の食後投与  （初回確認日：　　年　月　日） | **修正等内容記載欄**  **（修正内容を具体的に記載）** |

* 処方修正等に係る取り決め事項は、必ず疑義照会等事前同意プロトコルをご参照ください
* 本連絡書と合わせて、**変更後の処方箋**も必ずFAX送信してください

＜注意＞ 緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください

TEL：097-549-4411(代表)

FAX：097-586-6119

改訂第3版（2021.2.18）