FAX：岩手県立一戸病院 薬剤科　0195-32-2171

保険薬局　⇒　薬剤科　⇒　主治医

岩手県立一戸病院　薬剤科　御中

報告日　：　　年　　月　 日

　処方日　：　　年　　月　 日

**合意書における疑義照会報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| **担当医****先生　御机下** | **保険薬局　名称・所在地** |
| **患者ID：** | **電話番号：** |
| **ふりがな：****患者氏名：****生年月日：** | **FAX番号：** |
| **担当薬剤師：** |

**ご高配のほど、よろしくお願い申し上げます。**

|  |
| --- |
| 【岩手県立一戸病院と合意を交わした項目事項】□ 同一成分名の変更　 □ 同一医薬品の｢規格・剤形｣の変更　□ 処方日数（数量）の変更による適正化　　　 □ 用法の変更　　　□ 調剤方法の変更（一包化・粉砕・混合調剤）　　□ 用法追記 |
| 合意書における疑義照会報告内容（処方内容・調剤内容・報告内容・提案内容等を記載、必要に応じて処方せんのコピーなどを添付すること） |
| 緊急性を伴わない提案事項等（詳細な服薬情報提供については、専用の報告書をご利用下さい。） |

<注意>　緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。