



FAX： \_\_\_\_\_ 病院 薬剤科 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

メール： \_\_\_\_\_

保険薬局 ⇒ 薬剤科 ⇒ 主治医

\_\_\_\_\_ 病院 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<br><br>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：<br>患者氏名：<br>生年月日： | FAX 番号：<br>担当薬剤師： |

ご高配のほど、よろしくお願い申し上げます。

### 【〇〇病院と合意を交わした項目事項】

- 成分名が同一の銘柄変更   
 規格・剤形の変更   
 処方日数（数量）の変更（残薬調整）  
 用法の変更   
 調剤方法の変更   
 外用薬に関する変更   
 その他

### 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。