



FAX: 筑波大学附属病院 029-853-3554

<注意> 薬剤情報の提供にあたりカバーレターとしてご使用ください。
 このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
 疑義照会は通常通り担当医へ電話(029-853-5931)にてお願いします。
 院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコルの合意については、病院ホームページをご覧ください。

筑波大学附属病院 御中

報告日： 年 月 日

薬剤情報提供書

処方医	科	保険薬局(名称・所在地)
	先生 御侍史	電話： _____ FAX： _____
患者番号：		担当薬剤師： _____ 自署
患者名：		
処方日：		

処方せん調剤を行い、以下にチェック(☑)した内容に関して、変更または疑義照会したので報告します。

- 禁忌 適応外 用量(過量・過少) 用法 分割調剤 服用薬剤調整支援
 残薬調整 重複投与 相互作用 一般名 先発⇔後発切替 メーカー変更
 日数変更(残薬調整を除く) 規格変更 剤形変更 その他()

変更または疑義照会内容 (処方せん等のコピー可)