

疑義プロトコール契約済

ひたちなか総合病院 服薬状況報告シート

薬局名	
薬剤師名	
FAX番号	
電話番号	

患者ID: \_\_\_\_\_ ※処方せん左上段の記載番号

患者氏名: \_\_\_\_\_ 殿

生年月日: M・T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

診療科: \_\_\_\_\_ 科

医師名: \_\_\_\_\_ 先生

理由

	1 飲み忘れA	服用タイミングのずれ
	2 飲み忘れB	外出先に持参するのを忘れた
	3 飲み忘れC	飲み忘れた記憶があいまい
	4 服用方法の誤解	
	5 自己判断	
	6 受診日とのずれ	
	7 処方後の減量指示	
	8 服薬拒否	
	9 服用困難	
	10 自己調節可の指示	
	11 錠剤識別困難	
	12 その他 ( _____ )	

対処

	1 飲み忘れ時対処方法の指導
	2 服用方法の工夫についてを指導
	3 処方通りの服用方法(用法・用量)を指導
	4 薬効や服薬(使用)理由を指導
	5 次回予約日の確認と日数調整
	6 剤形変更
	7 後発医薬品・先発品の検討
	8 一包化
	9 調剤方法の検討(一包化以外)
	10 投与方法の検討
	11 その他 ( _____ )

【確認者】 \_\_\_\_\_

ここに処方せんのコピーを貼付して、  
**残薬調整による変更後の日数(頓服の場合には回数)を**  
**薬剤の右横に記載して、FAXして下さい。**

疑義照会が発生する場合には別紙(ひたちなか総合病院疑義照会)  
 を使用して問い合わせして下さい。

専用FAX: 029-354-6483