FAX：立川綜合病院薬剤部 0258-33-3313　　報告日：　　年　　月　　日

（変更内容を記載した処方箋と共に送信してください）

問い合わせ簡素化プロトコルによる処方変更報告書

処方箋交付日：　　年　　月　　日	保険薬局名：
患者 ID：	電話番号：
患者氏名：	FAX 番号：
診療科：　　科	担当薬剤師名：
処方医師名：	

立川綜合病院との間で交わした「院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル」の合意に基づき、以下の通り調剤しましたので報告いたします。

【簡素化項目】（該当する項目を選択してください）

- □ 成分名が同一の銘柄変更
- □ 内服薬の剤形変更
- □ 半割、粉砕、混合、あるいはその逆
- □ 消炎鎮痛剤における剤形の変更
- □ 内服薬の別規格製剤がある場合の規格の変更
- □ 湿布薬や軟膏等での規格変更
- □ 外用薬の用法の追記・修正
- □ 添付文書に基づく適正な用法への変更
- □ 残薬調整
- □ 処方日数の適正化
- □ 自己注射の注入針の追加
- □ 湿布薬の上限枚数の適正化
- □ 一包化指示の追加・削除
- □ 継続する「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の算定にあたっての医師からの指示コメント追加

【変更調剤詳細記入欄】

（変更前）	（変更後）
（備考）	

《注意》

プロトコル対象外の場合はこの用紙を使用せず、疑義照会を行ってください。

立川綜合病院薬剤部　2026 年 10 月