FAX送信先:国立病院機構宮崎病院(院外 FAX コーナー)　　様式4
FAX 番号　0983－21－3242

「院外処方箋問い合わせ簡素化プロトコール」報告書

診療科　　科	処方医師名	報告日：　　年　　月　　日
処方箋発行年月日：　　年　　月　　日		
患者ＩＤ： 患者氏名：	保険薬局　名称 所在地 電話番号： ＦＡＸ番号： 担当薬剤師：	

【処方変更内容】該当する項目の□に☑を記入してください。
□①同一有効成分かつ同一剤形の医薬品への変更
□②類似する別剤形の医薬品への変更
□③含量規格の異なる医薬品への変更
□④外用薬の包装規格変更
□⑤一包化調剤
□⑥服用困難時の半割、粉砕等
□⑦外用剤の用法の間違いにおける変更や用法の不備
□⑧明らかな日数違い(骨粗鬆症薬(ビスホスホネート製剤)に限ります)
□⑨エンシュア・H/ラコール/イノラス等における味の変更
□⑩残薬調整のための内服薬・外用薬の日数短縮(日数0は不可)

＜上記変更内容の詳細＞
変更前

変更後

【その他報告事項】 どちらかに☑を記入してください。
□なし
□あり(　　)

※本様式は、「院外処方箋問い合わせ簡素化プロトコール」による変更報告にのみご利用ください。
※本様式をＦＡＸ送信する際、処方箋の写しを添付してください。
※患者様に上記変更事項が記載されたお薬手帳を次回当院受診時に提示するようお伝えください。

薬剤科確認者印

薬剤科使用欄　＜FAX 回覧：院外 FAX コーナー　→　薬剤科　→　医事　→　処方医＞

2026年9月改訂