

堺市立総合医療センター 疑義照会 F A X

FAX 年月日	年 月 日
保険薬局名 連絡先(電話番号) 連絡先(FAX番号)	

▼運用方法

既に当院と簡素化について合意済みの院外保健薬局については、下記に該当する項目で患者の同意が得られた場合は、対応後、堺市立総合医療センター薬剤科 に本様式を用いて FAX (FAX番号：072-272-9962) にて連絡する。

尚、未合意薬局及び下記以外の項目については従来通り直接疑義照会対応とする。

(疑義照会電話番号：① 070-7815-8808 ② 072-247-5076

※平日9～17時。それ以外の時間帯は072-272-1199まで)

▼変更内容

1. 同一成分の銘柄変更（ただし変更不可処方の場合は除く）
※先発品への変更については原則不可、患者の強い希望もしくはアレルギー等やむを得ない場合はその理由について記載のこと
2. 剤形の変更
3. 別規格への変更（10mg 2T を20mg 1Tへ）
4. 外用薬の取り決め範囲内の規格変更（5g 2本を10g 1本）
5. 無料で行う一包化調剤
6. 無料で行う半錠、粉碎、混合等（有効性や品質が担保できる場合）
7. 残薬調整等に伴う処方日数の変更（処方日数または回数の短縮）
※残薬調整に伴う処方取り消しはできるだけ避けて下さい
8. 用法の変更、追記（食前薬の食後投与指示、外用剤の用法不備）
9. 出荷調整・販売停止等入手困難に伴う銘柄変更・剤形変更・別規格への変更・先発品への変更（但し、先発品への変更は患者へ十分な説明を行い変更の承諾を得ること）

患者ID/氏名	ID 氏名
診療科/処方箋発行日	科 / 年 月 日
上記変更内容該当番号	
変更内容詳細	