



市立岸和田市民病院

## 院外処方せんにおける事前合意プロトコールに基づく変更報告書

※報告書は**処方せんと一緒に**送信してください。

※この用紙は、**疑義照会には使用できません**ので、ご注意ください。

診療科 ・処方医	科		処方日:
	先生 御侍史		年 月 日
患者番号 ※備考に記載	患者 氏名	様	調剤日:
			年 月 日
変更分類	<input type="checkbox"/> 1. 成分名が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 2. 剤形変更 <input type="checkbox"/> 3. 処方規格変更 <input type="checkbox"/> 4. 包装規格変更 <input type="checkbox"/> 5. 半割、粉碎、混合またはその逆への変更 <input type="checkbox"/> 6. 一包化調剤 <input type="checkbox"/> 7. 処方日数の適正化 <input type="checkbox"/> 8. 残薬による日数変更(残薬が生じた理由と講じた対策を下欄に記載) <input type="checkbox"/> 9. 用法追記 <input type="checkbox"/> 10. 用法変更 <input type="checkbox"/> 11. 用法確認(医師の指示通り調剤)		

院外処方せんにおける事前合意プロトコールに基づき下記内容の変更調剤を行い、薬剤を交付致しました。

変更分類	変更前内容	⇒	変更後内容
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	

特記事項(理由・対応など)

保険薬局名 連絡先	TEL:	FAX:	薬局	薬剤師名
--------------	------	------	----	------