

事前プロトコルに基づく変更調剤報告書

(該当する処方箋も併せて FAX して下さい)

処方医 科 先生	保険薬局名称 (電話番号、FAX 番号)
患者番号： 患者氏名： 様	担当薬剤師名：

変更調剤にかかる事前プロトコルに基づき調剤しましたので、下記の通り報告いたします。

処方箋交付日：	年 月 日	
変更調剤内容		
プロトコル 項目番号*	変更前	変更後

*該当する番号を記入

①一包化指示追加あるいは削除 ②包装形態変更 ③残薬調整 ④投与日数の適正化 ⑤漢方の服用時点変更
 ⑥外用剤使用部位 ⑦類似剤形変更 ⑧貼付剤枚数の適正化 ⑨不要な臨時薬の削除 ⑩同一成分薬の銘柄変更
 ⑪用法の変更 ⑫規格の変更 ⑬内服薬の用法変更 ⑭開始日コメントの変更

残薬が生じた理由
<input type="checkbox"/> 使用忘れ <input type="checkbox"/> 使用量や回数間違い <input type="checkbox"/> 他の医療機関で重複 <input type="checkbox"/> 処方数が必要数より多かった
<input type="checkbox"/> 自己判断による中断 (理由：) <input type="checkbox"/> その他 (理由：)

*****病院記載欄*****

処方修正有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
カルテ記載有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
対応者印：	