

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： 殿	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															
<table border="1"><thead><tr><th>変更前</th><th>変更後</th><th>事前プロトコル 項目番号*</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	変更前	変更後	事前プロトコル 項目番号*												
変更前	変更後	事前プロトコル 項目番号*													
*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 ⑧類似剤形変更 ⑨貼付剤枚数の適正化 ⑩不要な風邪薬、うがい薬の削除 ⑪同一成分薬の銘柄変更 ⑫頓服薬の用法追加 ⑬用法の変更 ⑭規格変更															
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	対応者印：
カルテ記載有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	