

FAX : 076-232-1912

金沢聖霊総合病院 薬剤管理室 宛

保険薬局→薬剤管理室→処方医

事前合意プロトコルに基づく変更報告書

保険薬局名 _____

支部名 _____

報告薬剤師名 _____

電話番号 _____ FAX 番号 _____

処方医： _____ 科 _____ 先生

処方箋発行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名, ID	患者氏名 : _____ ID : _____
処方変更内容	<input type="checkbox"/> 剤形の変更 <input type="checkbox"/> 用法の変更 <input type="checkbox"/> 規格の変更 <input type="checkbox"/> 先発品から先発品への変更 <input type="checkbox"/> 後発品から先発品への変更 <input type="checkbox"/> 先発品・後発品以外の医薬品の変更 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 外用剤の用法が不明な場合の用法の追記 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 処方日数変更
変更内容	
備考	

- プロトコルに基づいて変更を行い、調剤を行った場合、この変更報告書で報告してください。
- 処方に関することでプロトコルに記載のない内容については FAX にて疑義照会をかけ、変更された内容については別途報告してください。緊急の場合は電話での疑義照会が可能です。(代表 : 076-231-1295)