

疑義照会事前同意プロトコルに基づく変更調剤報告書

報告日: 年 月 日

東近江総合医療センター 科

先生 御机下

処方箋および疑義照会事前同意プロトコルに基づき調剤を行い、薬剤を交付しました。
以下の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

患者ID		生年月日	年 月 日
患者氏名		担当薬剤師	
保険薬局 名称・所在地		電話番号	— —
		FAX番号	— —

患者同意	<input type="checkbox"/> 保険薬局—病院間の情報提供に関する同意を取得した * 必ず患者または家族に説明を行い、同意を得てください。
変更内容	<input type="checkbox"/> 添付の処方箋(変更箇所を明記)参照 * 必ず処方箋(変更箇所明記)の添付をお願いします。
分類	<input type="checkbox"/> ①成分名が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> ②配合剤への変更 <input type="checkbox"/> ③剤型の変更 <input type="checkbox"/> ④別規格への変更 <input type="checkbox"/> ⑤半割、粉碎、混合への変更(又はその逆) <input type="checkbox"/> ⑥一包化 <input type="checkbox"/> ⑦湿布薬や軟膏での規格変更 <input type="checkbox"/> ⑧投与日数の適正化(残薬を含む) <input type="checkbox"/> ⑨重複処方の削除 <input type="checkbox"/> ⑩処方日数の適正化(週1製剤等) <input type="checkbox"/> ⑪外用剤の使用部位に関する事 <input type="checkbox"/> ⑫漢方薬の用法に関する事
詳細	(患者からの聞き取り内容、指導内容、残薬が生じた場合の理由等)

【東近江総合医療センター 記入欄】			
分類: <input type="checkbox"/> 変更調剤報告 <input type="checkbox"/> 服薬情報提供			
プロトコル: <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否			
カルテ反映: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			
FAX受付	レポート受付 薬剤部	代行入力 DI担当	確認 医師
	カルテ 取り込み 保管		

<注意>

このFAXによる伝達・情報提供は「疑義照会」ではありません。

「疑義照会」は通常通り処方医へお問い合わせください。

内容を確認の上、処方医に報告します。

なお、内容の確認に日数を要する場合がありますので、緊急時や判断が難しいときは疑義照会してください。