

南岡山医療センター

FAX : 086-482-3054

変更調剤報告書

報告日: 年 月 日

※FAX 送信文書内訳: 変更調剤報告書 1 枚、修正した処方箋の複写(枚)

処方医 科 先生	保険薬局 名称(所在地・電話番号・FAX 番号)
患者番号: 患者氏名: 生年月日: 年 月 日	薬剤師名:

疑義照会簡素化の protocols に基づき、添付処方箋の備考欄記載の内容の通り変更調剤したことを報告します。

処方箋発行日: 年 月 日	調剤日: 年 月 日
疑義照会の簡素化 protocols の項目	
☐	①同一成分の銘柄変更
☐	②剤型の変更
☐	③複数規格製剤における別規格への変更
☐	④アドヒアランス等の理由による半割、粉碎、混合、一包化
☐	⑤処方日数の適正化
☐	⑥口頭指示がある場合の用法記載の補完
☐	⑦添付文書上、服用時点が定められている場合の用法の適正化 (α -GI 製剤、EPA 製剤、漢方薬、制吐剤、ビスホスホネート製剤に限る)

自由記載欄

..... 病院記入欄

☐ 内容を確認し、処方医に報告しました。 ☐ その他() 記入日: 年 月 日 記入者:
