



FAX 送信先

平内中央病院 医事課 017-755-2233

<保険薬局の皆様へ>

「院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル」の実施は保険薬局ごとに当院との合意締結が必要です。
本プロトコルに該当しない場合は、通常通り直接疑義照会をお願いします。

院外処方変更報告書

報告日：_____年 ____月 ____日

患者 ID :			
保険薬局名 :	電話番号 :	FAX :	担当薬剤師名 :
保険薬局住所 : 〒			

該当番号にチェックを入れてください

修正依頼回数 : 初回 ____回目 患者の同意 : 得た

※①, ②, ③, ④, ⑤, ⑥, ⑨, ⑩, その他 : 同内容であれば 2 回目以降の報告は不要 ⑦, ⑧ : 毎回報告が必要

<input type="checkbox"/> ①成分名が同一の銘柄変更	<input type="checkbox"/> ②内服薬の剤形変更
<input type="checkbox"/> ③内服薬の規格変更	<input type="checkbox"/> ④湿布薬及び軟膏剤の規格変更(合計処方量が変わらない場合)
<input type="checkbox"/> ⑤半割・粉碎あるいはその逆(規格追加も含む)	<input type="checkbox"/> ⑥一包化
<input type="checkbox"/> ⑦処方日数の適正化 : 週 1 回、月 1 回など	<input type="checkbox"/> ⑧処方日数の適正化 : 隔日投与、週 3 回など
<input type="checkbox"/> ⑨外用剤の用法追記(用法が明確な場合)	<input type="checkbox"/> ⑩残薬による投与日数の調整(外用剤の本数変更を含む)
<input type="checkbox"/> その他	

※⑩に該当する場合 : 残薬が生じた理由 (複数回答可)

飲み忘れ・使用忘れが積み重なった 処方数が実使用数より多かった 自己判断による中断(理由 : _____)
その他(_____)

備考欄

※必ず、変更内容を記載した処方箋 (変更部分が分かれば可) コピーを添付してください。