



FAX : 077-526-7239

大津赤十字病院 患者支援センター

処方変更報告書

(問い合わせ簡素化プロトコル適用)

診療科名：	医師名：	報告日：
患者ID：	保険薬局：名称・住所	
患者名：	TEL：	
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	FAX：	
	mail：	
	担当薬剤師名：	印

事前合意に基づき、以下の疑義照会を省略いたしました。ご確認をお願いいたします。

【処方修正内容】 該当項目に『✓』チェックを入れる。

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ① 同一成分への銘柄変更
<input type="checkbox"/> ② 錠剤など、内用薬の規格変更
<input type="checkbox"/> ③ 服用歴のある配合剤への変更
<input type="checkbox"/> ④ 剤型の変更
<input type="checkbox"/> ⑤ 外用薬の容量規格変更
<input type="checkbox"/> ⑥ 半割・粉碎・混合の指示追加(削除)
<input type="checkbox"/> ⑦ 一包化調剤への変更 | <input type="checkbox"/> ⑧ 外用薬の用法追記
<input type="checkbox"/> ⑨ 医師了解の上での漢方薬などの食後投与
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> ※ 以下の項目は報告書提出を省略不可
 <input type="checkbox"/> ⑩ 添付文書記載の用法への変更
 <input type="checkbox"/> ⑪ ビスホスホネート製剤など、処方日数適正化
 <input type="checkbox"/> ⑫ 隔日投与・週1回投与など、処方日数の適正化
 <input type="checkbox"/> ⑬ 残薬調整のための日数変更 </div> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【修正箇所詳細記入欄】

処方箋発行日： 年 月 日

※変更内容を記載した処方せんを同時にFAXする際は省略可

<注意> 緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。

※過去に同一患者で同一プロトコルを適応している場合、①～⑨については当報告書の提出を省略できる。

⑩、⑪、⑫、⑬に関する報告は省略不可