**事前プロトコルに基づく変更調剤報告書**

（該当する処方箋も併せてFAXして下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　先生 | 保険薬局名称（電話番号、FAX番号）  担当薬剤師氏名： |
| 患者ID：  患者氏名：　　　　　　　　　　殿 |

変更調剤にかかる事前プロトコルに基づき調剤しましたので、下記の通り報告いたします。

|  |
| --- |
| 処方箋交付日：　　　　年　　　月　　　日 |
| 変更調剤内容   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **変更前** | **変更後** | **事前プロトコル項目番号＊** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   \*該当する番号を記入  ①剤形の変更　②錠剤の普通錠と口腔内崩壊錠の変更　③フレーバーの変更　④成分、適応、用法が同一の銘柄変更　⑤後発品から先発品への変更　⑥別規格製剤がある場合の規格の変更　⑦保険請求を伴わない半錠、一包化　⑧食後・食前の処方から食直後・食直前への用法変更　⑨湿布薬や軟膏での包装規格変更　⑩投与日数を調整（短縮）して調剤　⑪ビスホスホネート製剤の週1回あるいは月1回製剤の処方日数の適正化　⑫「1日おきに服用」と指示された処方薬の処方日数の適正化   |  | | --- | | 残薬が生じた理由  □使用忘れ　□使用量や回数の間違い　□他の医療機関で重複　□処方数が必要数より多かった  □自己判断による中断（理由：　　　　　　　　　　　）　□その他（理由：　　　　　　　　　　　　　） | |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊病院記載欄＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |
| --- |
| 処方修正　　　　□実施済み　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  カルテ記載　　　□実施済み　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対応者印： |

**事前プロトコルに基づく変更調剤報告書**

該当する処方箋も併せてFAX

（該当する処方箋も併せてFAXして下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　先生 | 保険薬局名称（電話番号、FAX番号）  担当薬剤師氏名： |
| 患者ID：  患者氏名：　　　　　　　　　　殿 |

変更調剤にかかる事前プロトコルに基づき調剤しましたので、下記の通り報告いたします。

処方箋交付日、変更前・変更後・プロトコル項目番号を記入

|  |
| --- |
| 処方箋交付日：　　　　年　　　月　　　日 |
| 変更調剤内容   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **変更前** | **変更後** | **事前プロトコル項目番号＊** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   \*該当する番号を記入  ①剤形の変更　②錠剤の普通錠と口腔内崩壊錠の変更　③フレーバーの変更　④成分、適応、用法が同一の銘柄変更　⑤後発品から先発品への変更　⑥別規格製剤がある場合の規格の変更　⑦保険請求を伴わない半錠、一包化　⑧食後・食前の処方から食直後・食直前への用法変更　⑨湿布薬や軟膏での包装規格変更　⑩投与日数を調整（短縮）して調剤　⑪ビスホスホネート製剤の週1回あるいは月1回製剤の処方日数の適正化　⑫「1日おきに服用」と指示された処方薬の処方日数の適正化  残薬が生じた場合、理由を☑   |  | | --- | | 残薬が生じた理由  □使用忘れ　□使用量や回数の間違い　□他の医療機関で重複　□処方数が必要数より多かった  □自己判断による中断（理由：　　　　　　　　　　　）　□その他（理由：　　　　　　　　　　　　　） | |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊病院記載欄＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |
| --- |
| 処方修正　　　　□実施済み　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  カルテ記載　　　□実施済み　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対応者印： |

当院で記載（処方修正、カルテ記載）