



FAX 送付先：名古屋市立大学附属みどり市民病院 薬剤部 052-892-6975

該当する処方箋もあわせて FAX して下さい。

院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコルに基づく変更調剤報告書

報告日：\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

みどり市民 病院 \_\_\_\_\_科  
\_\_\_\_\_先生 御机下

みどり市民病院との事前合意（院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル）に基づき、患者に対し十分な説明を行い同意が得られたため、添付の処方箋において変更調剤を行いましたのでご報告いたします。

患者氏名：\_\_\_\_\_様 患者ID：\_\_\_\_\_

<p><b>【変更した項目】</b></p> <p><input type="checkbox"/>成分・用法・用量が同一の薬剤への変更調剤  <input type="checkbox"/> 銘柄変更   <input type="checkbox"/> 剤形変更   <input type="checkbox"/> 規格変更 )</p> <p><input type="checkbox"/>一包化調剤</p> <p><input type="checkbox"/>残薬を確認した場合の処方日数および数量の変更（延長・増量は除く）</p> <p><input type="checkbox"/>その他の変更</p>	
<p><b>【変更した具体的内容】</b></p>	
<p><b>【変更に至った経緯、残薬が生じた理由、残薬発生回避のための対応等】</b></p>	
<p><b>【情報提供元保険薬局】</b></p> <p>名称：  所在地：  TEL：  FAX：  薬剤師氏名： _____ 印</p>	<p><b>【ご質問欄※】</b></p>

※ 本報告についてご質問等ございましたら、お手数ですがこちらにご記入の上、FAX 等でご返信をお願いします。