



FAX 送付先：名古屋市立大学附属みどり市民病院 薬剤部 052-892-1450

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：_____

【変更した項目】★必ず当院の同意文書にて詳細を確認の上で実施すること★

- | | |
|---|---|
| ☐ 1.成分名が同一の銘柄変更 | ☐ 8.処方適正化（週1/月1製剤） |
| ☐ 2.内服薬の剤形の変更 | ☐ 9.処方適正化（隔日内服） |
| ☐ 3.錠剤の半割や粉砕、その逆 | ☐ 10.消炎鎮痛外用剤の剤型変更 |
| ☐ 4.薬剤規格の変更 | ☐ 11.特定薬剤の用法変更 |
| ☐ 5.調剤報酬に関わらない一包化 | ☐ 12.ニードル本数の変更 |
| ☐ 6.湿布薬/軟膏での包装規格変更 | ☐ 13.ブドウ糖のメーカ提供品変更 |
| ☐ 7-1.処方適正化（減量・短縮） | ☐ 14.その他 |
| ☐ 7-2.処方適正化（増量・延長） | () |

【変更した具体的内容】

【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】

【情報提供元保険薬局】

名称：

所在地：

TEL：

FAX：

薬剤師氏名：

印

【ご質問欄※】

※ 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。

2026 年 5 月 1 日 改訂 第 1.2 版