FAX:名市大西部医療センター薬剤部 052-991-8207

あて先：名古屋市立大学医学部附属西部医療センター　　報告日：　　年　　月　　日

「問い合わせ簡素化プロトコル」トレーシングレポート

診療科：　　科 処方医：　　先生御侍史	保険薬局　名称・所在地
患者 ID： 患者名：	保険薬局番号： 電話番号： FAX 番号： 担当薬剤師名：
問い合わせ不要の項目（※合意した保険薬局に限る、麻薬・抗腫瘍剤・抗てんかん薬は除く） ☐ 1)成分名同一銘柄変更　☐ 2)剤形変更　☐ 3)規格変更　☐ 4)半割粉砕等　☐ 5)患者希望一包化 ☐ 6)湿布・軟膏規格変更　☐ 7)残薬調整　☐ 8)週 1 回、月 1 回製剤 処方日数適正化 ☐ 9)隔日投与 処方日数適正化　☐ 10)用法追記	
処方箋交付年月日：　　年　　月　　日	

＜上記内容の詳細＞

変更前

変更後

その他報告事項

☐特になし

本件に関する問い合わせ：052-991-8121（代表）　薬剤部内線：6341（調剤主査）

※本トレーシングレポートは、名古屋市立大学医学部附属西部医療センター「問い合わせ簡素化プロトコル」による処方箋変更内容の報告専用です。

※一般名処方に基づいた調剤および後発医薬品の変更調剤（銘柄変更を含む）については、患者にお薬手帳を持参するよう指導してください。連絡は不要です。

薬剤部確認済印

★電子カルテ スキャン文書「文書種別：52_問合せ簡素化レポート」