

事前プロトコルに基づく変更調剤報告書

該当する処方箋もあわせてFAXしてください

処方箋に記載された残薬確認時の指示に基づいて対応した場合は、「トレーシングレポート」を使用してください。

割方医 科 先生 御机下	保険薬局 名称（住所・電話番号・FAX 番号） 契約番号 _____
患者番号： 患者氏名：	様 担当薬剤師名：

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。

※該当する番号を記入（複数回答可）

事前プロトコル項目（井-①薬剤の変更・井-②アドヒアラランス改善等の理由による半割・粉砕・混全または一包化

■-③残薬調整（下欄に記入） 阪-①薬剤の変更 阪-②消炎鎮痛外用剤の用法追記 阪-③処方日数の整合化

阪-①ビスホスホネート製剤の保存日数適正化)

残薬が生じた理由（複数回答可）

- 使用忘れが積み重なった □ 使用量や回数が間違っていた □ 別医療機関で同じ医薬品が処方された
□ 処方数が実使用数より多かった □ 自己判断による中断（理由：
□ その他（

- 内容を確認し、処方医に報告しました。
 その他（

記入日： 年 月 日 記入者：