

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

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

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。

[illegible]

***** 病院記入欄 *****

☐ 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：