

あて先：名古屋記念病院 地域連携室（FAX：052-804-6216）

報告日： 年 月 日

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

診療科：	科	保険薬局 名称・所在地
処方医：	先生御侍史	
患者 ID：		電話番号：
患者名：		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) 半割粉碎等 ☐ 5) 配合剤変更 ☐ 6) 湿布薬変更 ☐ 7) 湿布薬・軟膏変更残薬調整 ☐ 8) 一包化 ☐ 9) 残薬調整 ☐ 10) 週1回、月1回製剤 処方日数適正化 ☐ 11) 隔日投与 処方日数適正化 ☐ 12) 曜日指定投与 処方日数適正化 ☐ 13) Do 処方 処方日数適正化 ☐ 14) ビスホスホネート製剤 用法変更 ☐ 15) 食後投与 用法変更 ☐ 16) 頓用薬 用法追記 ☐ 17) 外用薬 用法追記 ☐ 18) 服用日 追記 ☐ 19) フレーバー変更 ☐ 20) ブドウ糖 ☐ 21) 薬学的管理料算定		
処方箋交付年月日：	年	月

上記内容の詳細 変更前
変更後
その他報告事項（残薬調整の場合は残薬が生じた理由を記載してください） ☐ 特になし

- ・ 本報告書は、名古屋記念病院「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。この用紙による伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。
- ・ 合意された保険薬局に限ります。
- ・ 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）を行った場合は、患者にお薬手帳を受診時に持参するよう指導してください。
- ・ 本件に関する問い合わせ先 名古屋記念病院 薬剤部 TEL：052-804-1111（代表）