

事前同意プロトコルに基づく変更報告書

菊川市立総合病院薬剤科宛

FAX 0537-35-2447

処方せん発行日 年 月 日

報告日 年 月 日

保険薬局名	
住所	
電話番号	
FAX 番号	
薬剤師氏名	

※プロトコルに該当しない問い合わせ内容は従来の疑義照会をお願いします。

患者氏名	ID
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
処方せん変更内容	<input type="checkbox"/> 剤型変更 <input type="checkbox"/> 先発品銘柄変更 <input type="checkbox"/> 規格変更 <input type="checkbox"/> 後発品→先発品 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 残数調整 <input type="checkbox"/> 注射針追加、本数調整 <input type="checkbox"/> 処方日数調整(週1回、月1回製剤など) <input type="checkbox"/> 処方日数調整(定期処方の不足)
変更内容詳細	
病院薬剤師記入欄	処理済みサイン