FAX：076-203-4576

金沢医療センター　薬剤部　宛　　　　　　　　　　　保険薬局→薬剤部→処方医

事前合意プロトコルに基づく変更報告書

保険薬局名

支部名　　　　　　　　　薬局ID番号

報告薬剤師名

電話番号　　　　　　　　 FAX番号

処方医：　　　　　科　　　　　　　　先生

処方箋発行日　　　　年　　月　　日　　　報告日　　　　年　　月　　日

【注意事項】

プロトコルに基づいて変更を行い、調剤を行った場合には、必ずこの変更報告書で報告してください。

処方に関することでプロトコルに記載のない内容については、処方医に直接電話で疑義照会をかけ、変更された内容については別途報告してください。薬局ID番号は金沢市薬剤師会のみ記載してください。

保険請求に関する疑義照会は医事（代表：076-262-4161）に確認してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名、ID | ID：  IDコードは院外処方せんの左上部に記載されています。 |
| 処方変更内容  該当部分にチェック | □ 剤形の変更　　　□ 用法の変更  □ 成分名が同一の銘柄変更　　　□ 後発品から先発品への変更  □ 経腸栄養剤のフレーバーの変更・追加　　　□ 規格の変更  □ 一包化　　　□ 残薬調整　　　□ 処方日数調整  □ 外用剤の用法が不明な場合の用法の追記　　□ 配合剤への変更 |
| 変更内容 |  |
| その他 |  |