事前同意プロトコルに基づく変更報告書

コミュニティーホスピタル甲賀病院 薬剤科御中

FAX 054-626-4116

処方箋発行日 年 月 日

報告日 年 月 日

処方医 科 先生

調剤薬局名	
住所	
電話番号	
FAX番号	
薬剤師氏名	

* 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、従来の疑義照会連絡票にて問い合わせをお願い致します。

患者氏名	ID;
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
リフィル処方箋	☐ ※リフィル処方箋の場合はチェックしてください
処方変更内容 該当部分チェック	☐ 剤形の変更 ☐ 用法の変更 ☐ 後発品から先発品への変更等(メーカー変更含む) ☐ 規格の変更 ☐ 一包化 ☐ 残薬調整 ☐ 処方日数調整(月1回製剤など) ☐ 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 ☐ 頓服薬 ☐ 経過措置などによる一般名への変更による名称変更 ☐ 注射針などの追加、本数調整
変更内容詳細	