

事前合意プロトコル専用

変更調剤報告書

該当する処方箋のコピーもあわせて提出してください

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

院外処方箋に係る事前合意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。

処方箋交付年月日： 年 月 日		
院外処方箋に係る事前合意プロトコルの項目		
<input type="checkbox"/> 1 アドヒアランス改善等の理由による半割・粉砕・混合又は一包化	<input type="checkbox"/> 4 ビスホスホネート製剤、DPP4 製剤の処方日数の適正化	
<input type="checkbox"/> 2 残薬調整のための処方日数短縮（ <u>残薬を生じた理由は下欄参照</u> ）	<input type="checkbox"/> 5 承認されていない用法を記載された処方法の用法変更	
<input type="checkbox"/> 3 外用薬の用法追記		
残薬が生じた理由（複数回答可）		
<input type="checkbox"/> 使用忘れが積み重なった	<input type="checkbox"/> 使用量や回数が間違っていた	<input type="checkbox"/> 別医療機関で同じ医薬品が処方された
<input type="checkbox"/> 処方数が実使用数より多かった	<input type="checkbox"/> 自己判断による中断（理由：)
<input type="checkbox"/> その他（)
自由記載欄		