



南奈良総合医療センター 問い合わせプロトコル情報提供書

担当医	科 先生御侍史	保険薬局 名称・所在地
患者ID		電話番号
患者名		FAX番号
生年月日	年 月 日	担当薬剤師 印

・院外処方せんについての問い合わせプロトコルに基づき変更調剤を行い薬剤交付いたしました
以下の通りご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます

院外処方せんについての問い合わせプロトコルに基づき、以下の内容を記入してください

院外処方せん交付年月日:		年	月	日
分類	<input type="checkbox"/> ①先発品同一成分の銘柄変更 <input type="checkbox"/> ②剤形の変更 <input type="checkbox"/> ③規格の変更(内服薬) <input type="checkbox"/> ④半割・粉碎・混合、あるいはその逆 <input type="checkbox"/> ⑤一包化調剤 <input type="checkbox"/> ⑥規格の変更(湿布・軟膏) <input type="checkbox"/> ⑦パップ⇔テープ変更 <input type="checkbox"/> ⑧用法の追記 <input type="checkbox"/> ⑨処方日数適正化(ウィークリー製剤、マンスリー製剤) <input type="checkbox"/> ⑩医師了解のもとで処方されている用法について	<input type="checkbox"/> ⑪処方日数適正化(次回受診時まで不足時) <input type="checkbox"/> ⑫供給不安定薬品に関する事		
※分類の詳しい内容はプロトコル原本を確認して下さい				

分類	変更前	⇒	変更後
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
備考			

①問い合わせプロトコル情報提供書②処方箋をFAXしてください