**豊橋医療センター院外処方箋　変更調剤報告書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | 患者氏名 |  | | 生年月日 |  |
| 診療科 | 科 | | 処方医師名 | 医師 | | |
| 処方日 | 令和　　 年 　　月 　 　日 | | 報告日 | 令和　　 年 　　月 　 　日 | | |
| 下記のとおり報告します。 | | | | | | |
| **□　問い合わせ簡素化プロトコルにより変更した項目**  □ 1）成分名が同一の銘柄変更 □ 2）剤形の変更  □ 3）調製薬剤規格の変更 □ 4）錠剤の半割や粉砕、散剤の混合、あるいはその逆  □ 5）一包化 □ 6）湿布薬や軟膏等の外用剤の包装、規格の変更  □ 7）湿布薬の剤形、大きさの変更  □ 8）残薬調整のための処方日数短縮（残薬が生じた理由を下欄に記載）  □ 9）ビスホスホネート製剤、DPP-4阻害薬の処方日数の適正化  □ 10）隔日投与薬の処方日数の適正化　　□ 11）外用剤、ビスホスホネート製剤の用法の追記  □ 12）フレーバーの変更  **□　医師に疑義照会した内容（この用紙での問い合わせはできません）**  疑義照会日：令和　　 年 　　月 　 　日 | | | | | | |
| ●「簡素化プロトコルによる変更」または「処方医師からの回答」の内容　保険薬局が記入 | | | | | | |
| **処方日数短縮した場合の残薬が生じた理由（複数回答可）**  □使用忘れが積み重なった　　□使用量や回数が間違っていた 　□別医療機関で同じ医薬品が処方された　□処方数が実使用数より多かった　　□自己判断による中断 理由：  □その他： | | | | | | |
| 保険薬局名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：  薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号： | | | | | | |