（様式1）

日本鋼管福山病院　薬剤科

FAX：084-940-5981

**事前合意プロトコル報告書**

処方医：　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　　先生御机下　　　　　　　報告日　20　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| I　D：  　　患者イニシャル：  （生年月日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　） | 受付保険薬局情報 （名称、所在地、電話番号、FAX番号）  担当薬剤師名： |

**処方箋中の下記の事前合意内容に関して連絡いたします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処方箋交付日：　　　　　　20　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 | | 調　剤　日：　　　　　　20　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | |
| **事前合意プロトコルに基づく変更報告**(福山市薬剤師会所属薬局のみ） | | | |
| * ①同一成分の剤形変更 * ④錠剤等の分割・粉砕調剤 * ⑦週1製剤等の日数適正化 | * ②同一成分の銘柄変更 * ⑤処方日数の調整 * ⑧外用薬の用法記載の補完 | | * ③複数規格の規格変更 * ⑥用法変更 |
| 内容記入欄　　　 次頁に処方箋をFAXいたします。 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * プロトコルに基づく変更を確認し、主治医に報告しました。 | | | | | | |
| 確認者 | 薬剤師 |  | 回答時間 | 時　　　　　分 | 回答者 |  |

　　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－＜以下病院回答欄＞－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　 －　－　－　－