



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

ID: _____ 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)	
<input type="checkbox"/> ①同一成分の剤形変更 <input type="checkbox"/> ②同一成分の銘柄変更 <input type="checkbox"/> ③複数規格の規格変更 <input type="checkbox"/> ④錠剤等の分割・粉碎調剤 <input type="checkbox"/> ⑤処方日数の調整 <input type="checkbox"/> ⑥用法変更 <input type="checkbox"/> ⑦週 1 製剤等の日数適正化 <input type="checkbox"/> ⑧外用薬の用法記載の補完	
内容記入欄 <input type="checkbox"/> 次頁に処方箋を FAX いたします。	

-----<以下病院回答欄>-----

<input type="checkbox"/> 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