

院外処方せん簡素化プロトコールによる処方変更報告書

報告日 年 月 日

保険薬局名： 薬局	担当薬剤師：
住所	電話番号： — —
患者氏名 様	FAX番号： — —
患者番号	診療科：整形外科・内科・皮膚科・形成外科
処方日 年 月 日	処方医師名： 医師

*チェックのないものは無効

患者からの同意： <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない
<input type="checkbox"/> 「院外処方せんにおける簡素化プロトコール」に合意します

簡素化プロトコール項目

① 剤型変更（普通錠⇔OD錠）	② 別規格への変更（10mg1錠⇔5mg2錠等）
③ 一包化指示	④ 湿布軟膏の規格変更（枚数、g数の違う製剤）
⑤ 残薬調整（日数、枚数減）	⑥ 漢方薬の食後指示確認
⑦ 湿布薬の変更（パップ→テープ等）	⑧ 週1回投与等の日数適正化
⑨ 医師の指示通りの用法追記	⑩ その他

内容記載欄

送付先：医療法人 雨宮病院薬剤科 行

FAX:0267-82-6767