**FAX送信先**　　　 　　青森市民病院　薬剤部　　017-722-5949

＜保険薬局の皆様へ＞

「院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル」の実施は保険薬局ごとに当院との合意締結が必要です。

本プロトコルに該当しない場合は、通常通り直接疑義照会をお願いします。

院外処方変更報告書

報告日：　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名：青森市民病院 | 診療科：　　　　　　　　　　科 | 処方医：　　　　　　　　　　医師 |
| 処方箋交付年月日：  　　年　　月　　日 | 患者ID： | 生年月日：  　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局名： | 電話番号： | FAX： | 担当薬剤師名： |
| 保険薬局住所：〒 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **該当番号にチェックを入れてください**修正依頼回数：□初回　　□　　回目　　患者の同意：□得た  　※①,②,③,④：同内容であれば2回目以降の報告は不要　　　　⑤,⑥,⑦,⑧,⑨,⑩：毎回報告が必要   |  |  | | --- | --- | | □①成分名が同一の銘柄変更 | □②内服薬の剤形変更 | | □③内服薬の規格変更 | □④湿布薬及び軟膏剤の規格変更(合計処方量が変わらない場合) | | □⑤半割・粉砕あるいはその逆(規格追加も含む） | □⑥一包化 | | □⑦処方日数の適正化：週1回、月1回など | □⑧処方日数の適正化：隔日投与、週3回など | | □⑨外用剤の用法追記(用法が明確な場合) | □⑩残薬による投与日数の調整(外用剤の本数変更を含む) |  |  | | --- | | **※⑩に該当する場合：残薬が生じた理由（複数回答可）**  □飲み忘れ・使用忘れが積み重なった　□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(　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |   ※変更前後の処方内容を記載した処方箋を添付する場合は、以下の記載は不要です。  変更前処方※該当するRpも必ず記載してください  変更後処方※変更内容は詳細に記載してください |