



FAX: 兵庫県立ひょうごこころのセンター 医事企画課

(FAX) 078-597-6313

※該当する処方箋もあわせてFAXして下さい。

兵庫県立ひょうごこころのセンター 御中

報告日: 年 月 日

変更調剤報告書

| | | |
|-------------------|---|-------------------------|
| 担当医 先生 御机下 | 科 | 保険薬局: 名称・所在地・電話番号・FAX番号 |
| 患者ID: | | 担当薬剤師: 印 |
| 患者氏名: | | |
| 生年月日: | | |

(該当□にチェックしてください)

- 変更調剤にかかる疑義照会プロトコルに基づき調剤しましたので、下記の通り報告します。
- 疑義照会(至急電話対応)にて変更調剤しましたので、下記の通り報告します。

処方箋交付年月日: 年 月 日

調剤変更内容

| 該当番号※ | 変更前 | 変更後 |
|-------|-----|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

伝達事項記載欄

※該当する番号を記入してください。

- ①同一成分変更 ②剤形・規格変更 ③一般名処方における類似剤形変更 ④外用剤規格変更
- ⑤外用剤の用法追記 ⑥アドヒアランス改善等の理由による半割・粉碎・混合または一包化
- ⑦隔日投与時等の日数適正化 ⑧添付文書に基づく軽微な変更
- ⑨残薬調整による日数変更《患者アドヒアランス等の残薬が生じた理由を報告ください:伝達事項記載欄》

※疑義照会(至急電話対応)による変更調剤の場合は、該当番号は不要です。