

保険薬局→薬剤部→処方医

FAX : 076-224-7976

事前同意プロトコル実施報告書

金沢大学附属病院 薬剤部 宛

保険薬局名: _____

登録薬局 ID: _____

薬剤師名: _____ ⑩

TEL: _____

FAX: _____

患者 ID: _____

患者氏名: _____

患者生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

処方箋発行日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

診療科名: _____ 科 処方医師名: _____

項目	以下の該当する変更項目にチェックして下さい ① <input type="checkbox"/> 1 包化調剤 ② <input type="checkbox"/> インスリン製剤と注射針の処方数 ③ <input type="checkbox"/> 類似剤型への変更(先発品間) ④ <input type="checkbox"/> 別規格への変更(先発品間) ⑤ <input type="checkbox"/> 処方日数適正化(週 1 回、隔日等) ※残薬調整は該当しない ⑥ <input type="checkbox"/> 供給制限等による後発⇒先発 ⑦ <input type="checkbox"/> 修正内容の再確認と反映依頼
変更内容	
その他	

【注意事項】

プロトコルに基づいて変更を行い、調剤を行った場合には、必ずこの変更報告書で報告してください。

処方に関することでプロトコルに記載のない内容については、処方医に直接電話で疑義照会をかけ、変更された内容については別途報告してください。保険請求に関する疑義照会は医事（代表：076-265-2000）に確認してください。