

# 事前同意プロトコルに基づく変更報告書

KOGAクリニック御中

FAX 054-628-5150

処方箋発行日 年 月 日

報告日 年 月 日

処方医 科 先生

調剤薬局名	
住所	
電話番号	
FAX番号	
薬剤師氏名	

\* 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、従来の疑義照会連絡票にて問い合わせをお願い致します。

患者氏名	ID;
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)
リフィル処方箋	<input type="checkbox"/> ※リフィル処方箋の場合はチェックしてください
処方変更内容 該当部分チェック	<input type="checkbox"/> 剤形の変更 <input type="checkbox"/> 用法の変更 <input type="checkbox"/> 後発品から先発品への変更等(メーカー変更含む) <input type="checkbox"/> 規格の変更 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 処方日数調整(月1回製剤など) <input type="checkbox"/> 外用剤の用法が不明な場合の用法の追記 <input type="checkbox"/> 配合剤への変更 <input type="checkbox"/> 頓服薬 <input type="checkbox"/> 経過措置などによる一般名への変更による名称変更 <input type="checkbox"/> 注射針などの追加、本数調整
変更内容詳細	