



FAX:兵庫県立淡路医療センター薬剤部 0799-24-7332
※該当する処方箋もあわせてFAXして下さい。

兵庫県立淡路医療センター 御中

報告日: 年 月 日

疑義照会簡素化プロトコルに基づく変更調剤報告書

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID:	担当薬剤師: 印
患者名:	
患者生年月日:	

変更調剤にかかる疑義照会簡素化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。

処方箋交付年月日:		
調剤変更内容		
プロトコル 番号(*)	変更前	変更後
(*)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 ④外用剤規格変更 ⑤一般名処方における類似剤形変更 ⑥週1回・月1回・隔日投与製剤等の日数適正化 ⑦外用剤の用法追記 ⑧添付文書に基づく軽微な変更		