〈処方変更報告書〉

保険薬局名				薬局 FAX 番号	
薬剤師名		処方箋 発行日	年　月　日	薬局 電話番号	
患者氏名	様	患者 番号		生年月日	年　月　日
診療科		処方医			

変更項目

- ☐ 剤形の変更
- ☐ 別規格製剤がある場合の処方規格の変更
- ☐ 無料で行う半割、粉砕
- ☐ 一包化⇔ヒート（別包指示がある場合は疑義照会すること）
- ☐ 湿布薬や軟膏での取り決め範囲内の規格変更
- ☐ 週 1 回製剤等の処方日数の適正化
- ☐ 隔日投与や曜日指定の投与指示がある薬剤の処方日数の適正化
- ☐ 貼付剤の処方日数の適正化（消炎鎮痛外用貼付剤・麻薬を除く）
- ☐ 先発品同士の変更（ただし薬剤料が同じあるいは低くなる場合のみ）
- ☐ 消炎鎮痛外用貼付剤における剤形変更
- ☐ 残薬調整等に伴う処方日数の変更（短縮のみ可）
- ☐ 出荷調整・販売停止など入手困難に伴う銘柄変更・剤型変更・別規格への変更（先発品への変更は患者の承諾必要）

内容

確認者　泉大津急性期メディカルセンター　薬剤部

泉大津急性期メディカルセンター　薬剤部
大阪府泉大津市我孫子 97 番 1
FAX　0725-58-8576　電話　0570-021199（代）