

# ◇◇◇◇変更調剤報告書◇◇◇◇

はりま姫路総合医療センター

## ◇変更調剤報告に関して（依頼）◇

- ・ 変更調剤の報告は F A X をお願いいたします
- ・ 電話でのお問い合わせには応じておりませんのでご了承ください
- ・ 事前プロトコルに基づく変更調剤報告については、疑義照会および副作用報告と区別するため  
可能な限り 16:00 以降に送付いただきますようご協力願います。

F A X 番号： 0 7 9 - 2 6 3 - 8 2 3 1

## ◇変更調剤の内容◇

|                               |  |             |  |
|-------------------------------|--|-------------|--|
| 診療科名                          |  | 患者 I D      |  |
| 処方医師名                         |  | 患者氏名        |  |
| プロトコルに基づく調剤の変更<br>(該当項目にチェック) | <input type="checkbox"/> 1包化調剤への変更（「1包化不可」指示がある場合を除く）<br><input type="checkbox"/> 1包化指示があるがヒート調剤に変更<br><input type="checkbox"/> 内用薬の剤形変更<br><input type="checkbox"/> 別規格製剤がある場合の処方規格の変更<br>（安定性、利便性の向上のための変更に限る）<br><input type="checkbox"/> 成分名が同一の銘柄変更<br><input type="checkbox"/> 湿布薬や軟膏での規格変更（合計処方量が変わらない場合）<br><input type="checkbox"/> 外用剤の用法（適用回数・部位・時期等）が口頭で指示されている場合の用法の追記<br><input type="checkbox"/> 患者の希望があった場合の消炎鎮痛外用貼付剤における<br>パップ剤→テープ剤、テープ剤→パップ剤への変更<br><input type="checkbox"/> 医師了解のもとで処方されている用法 |             |  |
| 変更調剤<br>内容                    |  |             |  |
| 薬局名<br>連絡先                    |  | 調剤日         |  |
|                               |  | 依頼薬剤師<br>氏名 |  |

医事課が所定場所に保管→薬剤部が定期的に回収