FAX:（地独）栃木県立岡本台病院 （FAX）028-673-2214

（地独）栃木県立岡本台病院　御中　　報告日：　　年　　月　　日

# 変更調剤報告書

| | |
|---|---|
| 担当医<br>医師　宛て | 保険薬局：名称・所在地 |
| 患者 ID：<br>患者名：<br><br>生年月日： | 電話番号：<br>FAX 番号：<br>担当薬剤師：　　印 |

院外処方箋における疑義照会プロトコルに基づき調剤しましたので、次のとおり報告します。

処方箋交付年月日：　　年　　月　　日

変更内容

| 該当番号※ | 変更前 | 変更後 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

伝達事項記載欄

※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　③一般名処方における類似剤形変更　④外用剤規格変更
⑤外用剤の用法追記　⑥アドヒアランス改善等の理由による半割・粉砕・混合・一包化
⑦隔日投与時等の日数適正化　⑧添付文書に基づく軽微な変更
⑨残薬調整による日数変更（患者アドヒアランス等の残薬が生じた理由を御報告ください：伝達事項記載欄）

※疑義照会による変更調剤の場合は、該当番号は不要です。