

変更調剤 PBPM 専用

## 変更調剤報告書

該当する処方箋もあわせて FAX してください

薬剤部直通 FAX 番号：06-6380-3587

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| 処方医<br><br>先生 御机下 | 保険薬局 名称（住所・電話番号・FAX 番号） |
| 患者番号：<br>患者氏名： 様  | 担当薬剤師名：                 |

調剤事前申し合わせ協定にかかるプロトコルに基づき調剤しましたので、下記の通り報告いたします。

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 処方箋交付年月日： 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
| 調剤事前申し合わせ協定に基づくプロトコルの項目                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                              |
| <input type="checkbox"/> 1 1) 同一成分薬の銘柄変更                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 3 残薬調整のための処方日数短縮<br>(残薬を生じた理由は下欄参照) |
| <input type="checkbox"/> 1 2) 内服薬の剤型変更                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 4 外用薬の用法追記                          |
| <input type="checkbox"/> 1 3) 含量規格の変更                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 5 ビスホスホネート製剤、DPP4 製剤の処方日数の適正化       |
| <input type="checkbox"/> 2 アドヒアランス改善等の理由による半割・粉砕・混合又は一包化                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 6 承認されていない用法を記載された処方の用法変更           |
| <b>残薬が生じた理由（複数回答可）</b><br><input type="checkbox"/> 使用忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 使用量や回数が間違っていた <input type="checkbox"/> 別医療機関で同じ医薬品が処方された )<br><input type="checkbox"/> 処方数が実使用数より多かった <input type="checkbox"/> 自己判断による中断（理由： )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                              |
| 自由記載欄                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |

\*\*\*\*\* 病院記入欄 \*\*\*\*\*

☐ 内容を確認し、処方医に報告しました。☐ その他 ( )

記入日： 年 月 日 記入者：