

FAX送信先：郡上市民病院（薬剤部）

（FAX番号 0575-66-2141）

「院外処方箋における事前合意プロトコル」報告書

報告日： 年 月 日	
保険薬局名称： 担当薬剤師：	電話番号： FAX番号：

診療科： 科	処方医師名： 医師
処方箋発行年月日： 年 月 日	
患者ID：	患者氏名： 様

【処方変更内容】該当する項目の□に☑を記入してください。

- (1)一包化調剤
- (2)残薬を確認した場合の処方日数および数量の変更
- (3)用法、用量の変更
- (4)外用剤の規格変更

【上記変更内容の詳細】変更前後の内容が分かるように記載願います。残薬調整した場合は残薬が生じた理由と対策を記載してください。

【その他報告事項】どちらかに☑を記入してください。

- なし
- あり（

※本様式は、「院外処方箋問い合わせ簡素化プロトコル」による変更報告にのみご利用ください。

※本様式をFAX送信する際、処方箋の写しを添付してください。

※患者様に上記変更事項が記載されたお薬手帳を次回当院受診時に提示するようお伝えください。

郡上市民病院使用欄

薬剤部 → 処方医師への報告 → カルテへの記載、修正（対応日、担当者：）