FAX：076－422－9330

富山市民病院　薬剤部　宛　　　　　　　　　　　　報告日＿＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

富山市民病院疑義照会プロトコールに基づく変更報告書

診療科：＿＿＿＿＿＿＿＿科

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID番号 | ID番号は院外処方箋の左上部に記載あり |

処方医：＿＿＿＿＿＿＿先生

|  |  |
| --- | --- |
| 変更内容（複数選択可） | □　一包化コメント追加□　残薬調整・処方日数修正Rp＿＿　　　　＿＿＿＿日分　⇒　＿＿＿＿日分Rp＿＿　　　　＿＿＿＿日分　⇒　＿＿＿＿日分Rp＿＿　　　　＿＿＿＿日分　⇒　＿＿＿＿日分Rp＿＿　　　　＿＿＿＿日分　⇒　＿＿＿＿日分Rp＿＿　　　　＿＿＿＿日分　⇒　＿＿＿＿日分 |
| 変更理由（複数選択可） | □　用法・用量の理解が困難□　飲み忘れが積み重なった□　医師からの指示により調節しながら服用し余った□　服用量や回数が間違っていた□　処方日数が服用日数より多かった□　自己判断で服用を減らす又は中止していた自己判断理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 残薬を回避する為の指導内容 | □　適切な服薬の意義や重要性について説明□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医師への提案 | □　中止又は変更（提案理由及び内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　その他（提案理由及び内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　　　　　　　　　　　処方箋コピー貼付部

保険薬局　名称・所在地

TEL：

FAX：

担当薬剤師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿