

報告日： 年 月 日

### 事前合意プロトコル専用報告書

処方医 科  医師	薬局名称
患者 ID :	担当薬剤師
患者氏名 :	調剤日
処方箋発行日： 年 月 日	患者同意： <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない

**【合意書を交わした事項に関する項目】**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (ア)成分名が同一の銘柄変更                     | <input type="checkbox"/> (イ)剤形変更                |
| <input type="checkbox"/> (ウ)別規格製剤がある場合の処方規格の変更              | <input type="checkbox"/> (エ)錠剤の半割や粉砕、あるいはその逆    |
| <input type="checkbox"/> (オ)一包化調剤                           | <input type="checkbox"/> (カ)規格変更                |
| <input type="checkbox"/> (キ)類似剤形への変更                        | <input type="checkbox"/> (ク)取決め範囲内での日数短縮 (残薬調整) |
| <input type="checkbox"/> (ケ)配合剤を単剤組み合わせに変更、あるいはその逆          |   |
| <input type="checkbox"/> (コ)ビオフェルミン R からビオフェルミンへの変更、あるいはその逆 |   |
| <input type="checkbox"/> (サ)貼付剤におけるパップ剤からテープ剤への変更、あるいはその逆   |   |
| <input type="checkbox"/> (シ)ビスホスホネート製剤の処方日数の適正化             |   |
| <input type="checkbox"/> (ス)外用剤の用法の追記                       | <input type="checkbox"/> (セ)内服薬の用法の追記           |
| <input type="checkbox"/> (ソ)処方日数の適正化                        |   |

「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」に準じて、以下の通り調剤しましたので報告します。

【変更前】	【変更後】
【備考】	

**【ご注意】** プロトコル外は通常通り処方医に疑義照会をお願いいたします。