

(添付2)

JCHO横浜中央病院
FAX：045-662-8257 薬剤部宛

報告日： 年 月 日

事前合意プロトコル専用報告書

処方医 科 先生御机下	保険薬局名称： 住所：
患者ID： 患者氏名： 生年月日：	電話/FAX： 担当薬剤師：
処方箋発行日：	患者同意： <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない
JCHO横浜中央病院との合意書を交わした事項に関する項目	
<input type="checkbox"/> 成分名が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 内用薬の剤形変更 <input type="checkbox"/> 別規格製剤がある場合の処方規格の変更 <input type="checkbox"/> 配合剤への変更 <input type="checkbox"/> 取決め範囲内での日数短縮（残薬調整） <input type="checkbox"/> 明らかな日数間違い	

JCHO横浜中央病院との間で交わした「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いたします。

【変更前】	【変更後】
【保険薬局からの提案事項等】	

<注意> プロトコル以外の疑義照会は通常通り処方医に電話にてお願いします。

上記内容ご記入後 FAX：045-662-8257 薬剤部宛に送信ください。