FAX:桜ヶ丘病院　薬剤部　０５４-３５３-６４９７

あて先：　　JCHO桜ヶ丘病院　 報告日：　　　　年 　　　月　　　日

**「問い合わせ簡素化プロトコル」トレーシングレポート**

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科： 　　　　　　　科  処方医：　　　　　　　　　　先生御侍史 | 保険薬局　名称・所在地  保険薬局番号：  電話番号：  FAX番号：  担当薬剤師名： |
| 患者ID：  患者名： |
| 問い合わせ不要の項目（※合意した保険薬局に限る、麻薬・抗腫瘍剤は除く）  ➀成分名同一銘柄変更　 ②剤形変更　 ③規格変更　　 ④半割粉砕等　　 ⑤患者希望一包化  ⑥湿布・軟膏規格変更　　　 ⑦味付け変更　　 ⑧ 残薬調整  ⑨ 週1回、月1回製剤・隔日投与 処方日数適正化　　　 ⑩指導指示省略 | |
| 処方箋交付年月日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | |

|  |
| --- |
| ＜上記内容の詳細＞  変更前  変更後 |
| その他報告事項  特になし |

本件に関する問い合わせ：054-353-5311（代表）　薬剤部内線：1127（DI室）

※本トレーシングレポートは、JCHO桜ヶ丘病院「問い合わせ簡素化プロトコル」による処方箋変更内容の報告専用です。

薬剤部確認済印

※一般名処方に基づいた調剤および後発医薬品の変更調剤（銘柄変更を含む）については、

患者にお薬手帳を持参するよう指導してください。連絡は不要です。