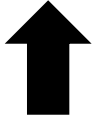


院外PBPMによる処方変更報告書



公立阿伎留医療センター【薬剤部】 FAX:042-558-8083

報告日: 年 月 日

処方日:	年 月 日	薬局名	
処方医:	科 先生	電話番号	
患者ID:		FAX番号	
生年月日:	年 月 日	担当薬剤師	

【該当する項目にチェックをしてください。全てに該当する場合のみ、院外PBPMの対象です。】

- 患者へ説明し、同意を得た(金額も含めた説明と同意が必要)
- 麻薬または抗悪性腫瘍薬の処方ではない
- 処方箋に「変更不可」の記載がない

省略した疑義照会	<input type="checkbox"/> 同一製剤の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 規格の変更(薬剤の安定性や、アドヒアランス改善目的の変更) <input type="checkbox"/> 内服薬の剤型変更 <input type="checkbox"/> 残薬調整のための日数短縮 <input type="checkbox"/> 服用指示と処方日数が異なり、明らかに間違いとわかる場合の日数短縮 <input type="checkbox"/> 指定用法のある薬剤に対する用法変更 <input type="checkbox"/> 一包化指示の変更 <input type="checkbox"/> 単剤の組み合わせから配合錠への変更
----------	--

変更内容	
------	--

備考	
----	--

①薬剤部→医師 ②薬剤部→医事課

薬剤部	医事課 受付	オーダー 修正