処方変更報告書

報告日　　　　年　　月　　日

泉大津市立病院　行（ＦＡＸ：３２－４４８９）

保険薬局名

（電話番号）

（ＦＡＸ番号）

（休日連絡先）

運用方法

下記項目に該当する項目において、患者へ説明を行い、同意を得られた場合は、変更後、泉大津市立病院薬剤部に本報告書をＦＡＸまたは持参し、処方変更の報告を行うものとする。

なお、下記項目以外の対応については、従前どおりとする。

（１）同一成分への銘柄変更

（２）剤形の変更

（３）別規格への変更

（４）外用薬の規格変更

（５）服薬管理困難時の一包化調剤

（６）半錠、粉砕、混合等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者ＩＤ |  | |
| 患者名 |  | |
| 診療科 |  | |
| 処方医 |  | |
| 処方箋発行年月日 | 年　　月　　日 | |
| 変更内容  該当番号（　　） |  |  |