●●●●病院　薬剤部　宛　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　年　月　日

変更調剤ＰＢＰＭ専用

変更調剤報告書

該当する処方箋もあわせてFAXしてください

処方医　　　　　　科 先生　御机下	保険薬局 名称（住所・電話番号・FAX番号）
患者番号： 患者氏名：　　　　　　　様	担当薬剤師名：

調剤事前申し合わせ協定にかかるプロトコルに基づき調剤しましたので、下記の通り報告いたします。

処方箋交付年月日：　　　年　　月　　日

調剤事前申し合わせ協定に基づくプロトコルの項目

□　１　１）同一成分薬の銘柄変更	□　３残薬調整のための処方日数短縮 （残薬を生じた理由は下欄参照）
□　１　２）内服薬の剤型変更	□　４　外用薬の用法追記
□　１　３）含量規格の変更	□　５　ビスホスホネート製剤、ＤＰＰ４製剤の処方日数の適正化
□　２　アドヒアランス改善等の理由による半割・粉砕・混合又は一包化	□　６　承認されていない用法を記載された処方の用法変更

残薬が生じた理由（複数回答可）

□使用忘れが積み重なった　□使用量や回数が間違っていた　□別医療機関で同じ医薬品が処方された

□処方数が実使用数より多かった　□自己判断による中断（理由：　　　　　　　　）

□その他（　　　　　　　　　　　　）

自由記載欄

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊　病院記入欄　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

□内容を確認し、処方医に報告しました。

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

記入日：　　年　月　日　記入者：

豊能・三島地区薬薬連携協議会　共通様式１　第１版 2021年３月作成