

**《注意》このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。****疑義照会は通常通り行ってください。****未記載項目があるものは無効です。必ず全て記載してください。****事前合意に基づく問い合わせ不要プロトコル 情報提供書**

保険薬局名称		保険薬局薬剤師	
TEL		FAX	
患者ID	男・女	処方せん交付日	年 月 日
患者氏名		診療科	
		処方医	

事前合意に基づく問い合わせ不要プロトコルに基づき変更調剤を行い、薬剤交付いたしました。
下記の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

変更した内容を下記に記載してください。

区分	☐ 1. 同一成分の銘柄変更	☐ 2. 内服剤の剤形変更
	☐ 3. 同一薬剤の調剤規格変更	☐ 4. 半錠・粉碎・混合とその逆
	☐ 5. 一包化	☐ 6. 残薬調整(理由を記載すること)
	☐ 7. 外用剤用法の口頭指示	☐ 8. 処方日数の適正化
	☐ 9. 鎮痛貼付剤の剤形変更、枚数変更	☐ 10. 服用歴のある配合剤への再変更
	残薬が生じた理由	

区分	変更前		変更後
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	