別紙１

保険薬局→宇出津病院薬局→処方医

ＦＡＸ：0768-62-0793

事前合意プロトコル実施報告書

公立宇出津総合病院　薬局　宛

保険薬局名：

薬剤氏名　：

患者ID：

患者氏名：　　　　　　　　　　 患者生年月日：　　　年　　月　　日

処方箋発行日：　　　年　　月　　日

診療科名：　　　　　　　　　　　処方医師名：

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 以下の該当する変更項目にチェックしてください1. □　② □　③ □ ④ □　⑤ □　⑥ □　⑦ □
 |
| 変更内容 |  |
| その他 |  |

【注意事項】

プロトコルに基づいて変更を行い、調剤を行った場合には、必ずこの変更報告書で報告してください。

処方に関することでプロトコルに記載のない内容については、疑義照会をしてください。