

**院外処方箋プロトコール
適用時の報告について（お願い）**

プロトコール適用時は 下記報告用情報提供書を処方箋と一緒にFAXしてください (テンプレートは当院HPにも掲載いたします)

【プロトコール適用による変更①～⑥用】

【プロトコール適用による変更⑦用】

〒105-8505 東京都港区赤坂 4-1-1 新地家薬 → 薬剤部 → 電子カルテ宛

〒105-8505 東京都港区赤坂 4-1-1 新地家薬(保険科) FAX: 03-5452-9779

<注意>
FAXによる情報伝達は、既読照会ではありません。
既読照会は、通常通り医師へ直接電話にてお願いします。

処方変更に関する情報提供書

(プロトコール適用による変更①～⑥用)

報告日: 年 月 日

横浜市立みなと赤十字病院 薬剤部担当者 宛

【患者】 患者ID: _____ 患者氏名: _____ 生年月日: 年 月 日 年齢: 歳	【情報提供元の採薬薬局】 コードNo. _____ 名称: _____ 所在地: _____ 電話: _____ FAX: _____ 採薬薬剤師氏名: _____
---	--

事前申し合わせプロトコールに基づき処方薬を一部変更し、調剤を行い、薬剤を交付いたしました。
変更内容について、報告します。(処方箋コードを添付)

【変更項目】(該当項目に✓をつける)

- ①銘柄の変更
- ②剤形の変更
- ③別規格製剤がある場合の調整規格の変更
- ④服薬管理等の面から必要と判断して実施する採薬請求を伴わない半錠、拾碎の調剤
- ⑤服薬管理等の面から必要と判断して実施する採薬請求を伴わない一包化調剤
- ⑥貼付剤や軟膏類の包装、規格の変更、拾量が同じ場合の変更

〒105-8505 東京都港区赤坂 4-1-1 新地家薬 → 薬剤部 → 電子カルテ宛

〒105-8505 東京都港区赤坂 4-1-1 新地家薬(保険科) FAX: 03-5452-9779

<注意>
FAXによる情報伝達は、既読照会ではありません。
既読照会は、通常通り医師へ直接電話にてお願いします。

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

(プロトコール適用による変更⑦用)

報告日: 年 月 日

横浜市立みなと赤十字病院

担当区 先生 書札下

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得ています。
 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。

【患者】 患者ID: _____ 患者氏名: _____ 生年月日: 年 月 日 年齢: 歳	【情報提供元の採薬薬局】 コードNo. _____ 名称: _____ 所在地: _____ 電話: _____ FAX: _____ 採薬薬剤師氏名: _____
---	--

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。
下記内容について、ご報告いたしますので、ご高配頂きますようお願い申し上げます。

所見

薬剤師としての観察事項

院外処方箋の申し合わせプロトコールの 『問い合わせ或は確認が不要な例』にある項目

- ① 銘柄の変更
- ② 剤形の変更
- ③ 別規格製剤がある場合の調整規格の変更
- ④ 服薬管理等の面から必要と判断して実施する保険
請求を伴わない半錠、粉碎の調剤
- ⑤ 服薬管理等の面から必要と判断して実施する保険
請求を伴わない一包化調剤
- ⑥ 貼付剤や軟膏類の包装、規格の変更 総量と同じ場
合のみ変更可

⑦ 残薬の調整の為の処方日数短縮



【プロトコール適用による変更①～⑥用】へ

【プロトコール適用による変更⑦用】へ

【プロトコール適用による変更①～⑥用】

(プロトコール適用による変更①～⑥用)

報告日： 年 月 日

横浜市立みなと赤十字病院 薬剤部担当者 宛

【患者】	【情報提供元の保険薬局】
患者ID: _____	コード No _____
患者氏名: _____ (男・女)	名称: _____
生年月日: _____年____月____日	所在地: _____
年齢: _____歳	電話: _____
	FAX: _____
	保険薬剤師氏名: _____

登録コード番号記入をお願いします

事前申し合わせプロトコールに基づき処方箋を一部変更し、調剤を行い、薬剤を交付いたしました。
変更内容について、報告します。(処方箋コピーを添付)

【変更項目】(該当項目に✓をつける)

- ① 銘柄の変更
- ② 剤形の変更
- ③ 別規格製剤がある場合の調整規格の変更
- ④ 服薬管理等の面から必要と判断して実施する保険請求を伴わない半錠、粉碎の調剤
- ⑤ 服薬管理等の面から必要と判断して実施する保険請求を伴わない一包化調剤
- ⑥ 貼付剤や軟膏類の包装、規格の変更、総量が同じ場合の変更

【プロトコール適用による変更⑦用】

保険薬局 → 薬剤部 → 電子カルテ記載

横浜市立みなと赤十字病院 (薬剤部) FAX: 045-628-6758

<注意>

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、通常通り医師へ直接電話にてお願いします。

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

(プロトコール適用による変更⑦用)

報告日: 年 月 日

横浜市立みなと赤十字病院

担当医 科 先生 御机下

この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得ています	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします	
【患者】	【情報提供元の保険薬局】 コード No
患者ID: _____	名称: _____
患者氏名: _____ (<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)	所在地: _____
生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	電話: _____
年齢: _____ 歳	FAX: _____
	保険薬剤師氏名: _____ 印

登録コード番号記入をお願いします

処方箋コピーの添付をお願い致します。

①プロトコール適用時には処方箋のコピーと一緒に報告用情報提供書をFAXしてください

(【プロトコール適用による変更①～⑥用】)

【プロトコール適用による変更⑦用】の2種類があります)

②薬局様の登録コードのご記入をお願いいたします