

院外処方せん疑義照会事後報告書（麻薬は除く）

平戸市立生月病院

令和 年 月 日

プロトコルに基づく処方変更時は下記に記入し報告をお願い致します。

薬局名		薬剤師名	
処方日		処方医師名	
患者 ID		生年月日	
患者氏名			

項目チェック

☐	① 一包化指示の追加 ※一包化加算算定可 条件：以前に一包化調剤歴のある患者又は患者・家族・介護者の希望時に追加
☐	② 残薬調整による日数・回数・枚数の変更 条件：患者・家族・介護者の希望時に残薬確認後に変更 但しゼロには出来ない
☐	③ 湿布薬の月総量が 63 枚を超える場合の総量減量 条件：患者・家族・介護者へ減量の説明後に変更
☐	④ 月〇回、週〇回、隔日の指示薬剤の日数・回数・枚数の変更 条件：患者・家族・介護者へ残薬確認後に変更 但しゼロには出来ない
☐	⑤ 規格変更：例 5m g 2 錠→10m g 1 錠 条件：当院より処方歴のある薬剤規格へのみ変更
☐	⑥ 日数制限を超えた向精神薬の日数短縮 条件：患者・家族・介護者へ日数短縮の説明後に変更
☐	⑦ 非分包指示の追加 条件：一包化不可薬剤への指示の追加 例：アスパラカリウム錠、ラジレス錠等
☐	⑧ 後発医薬品への後発品変更不可欄の×削除 条件：変更不可の理由がない場合
☐	⑨ 湿布薬の枚数変更 条件：調剤包装の枚数となっていない場合のみ変更
☐	⑩ 用法変更 条件：同一薬剤・規格、同一処方日数の用法集約のみ変更

変更内容