

事前合意プロトコールに基づく変更報告書

薬局名： _____ 薬剤師氏名： _____ 電話： _____ FAX： _____

処方医： _____ 科 _____ 先生 処方箋発行日： _____ 年 月 日 報告日： _____ 年 月 日
(診療科は処方箋通りに記載)

【注意事項】

疑義照会簡素化プロトコー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。

プロトコールに記載のない内容については、必ず疑義照会をしてください。

患者氏名、ID	様 ID:
<input type="checkbox"/> 薬品変更 成分名が同一の銘柄変更後発品から先発品へ変更	(薬品名: _____) を、(薬品名: _____) に変更 <input type="checkbox"/> 院内調剤では、処方箋通りに調剤されることについて説明し、患者様は了承済 <input type="checkbox"/> 調剤報酬額上昇 (_____ 円の _____ 割負担) の同意取得 (患者負担が発生しない場合も記載) <input type="checkbox"/> 患者が希望 (理由: _____)
<input type="checkbox"/> 剤型変更 <input type="checkbox"/> 規格変更	(薬品名: _____) を、(薬品名: _____) に変更 <input type="checkbox"/> 院内調剤では、処方箋通りに調剤されることについて説明し、患者様は了承済 <input type="checkbox"/> 調剤報酬額上昇 (_____ 円の _____ 割負担) の同意取得 (患者負担が発生しない場合も記載) <input type="checkbox"/> 味・におい等の違いについて説明し、患者様は了承済 (変化がある場合のみ記載) 《変更理由》 <input type="checkbox"/> 安定性向上 <input type="checkbox"/> 利便性向上 <input type="checkbox"/> その他 (_____) (具体的な理由: _____)
<input type="checkbox"/> 調剤方法変更	変更理由と変更内容 (_____)
<input type="checkbox"/> 外来服薬支援 外来服薬支援料2の算定要件を満たす時のみ報告 (以下の理由は不可) ・患者・家族の希望 ・他施設で一包化	<input type="checkbox"/> 調剤報酬額上昇 (_____ 円の _____ 割負担) の同意取得 (患者負担が発生しない場合も記載) 【一包化による支援】 <input type="checkbox"/> 同時服用2剤以上 <input type="checkbox"/> 1剤でも 《一包化の理由》 (2. の場合、①～③まですべて満たす場合のみ報告。疑義照会も原則不可。) 1. <input type="checkbox"/> 錠剤等を被包から取り出すことが困難 (理由: _____) 2. <input type="checkbox"/> コンプライアンス・アドヒアランス不良 (原因、一包化する薬学的判断理由を以下にチェック) ① 薬剤 <input type="checkbox"/> 多種類服用 (_____ 種類) ② 理由 <input type="checkbox"/> 飲み忘れがある <input type="checkbox"/> 飲み誤りがある ③ 原因 <input type="checkbox"/> 高齢 (75歳以上) <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> その他 (_____) 【注意】 一包化は、 多種類の薬剤が投与されている患者 において生じる 薬剤の飲み忘れ・飲み誤りを防止する事又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用する事が困難な患者 に配慮する事を目的とし、治療上の必要性が認められる場合のみ算定可能です。 3. <input type="checkbox"/> 一包化以外の支援 (詳細はトレーシングレポートにてご報告ください)
<input type="checkbox"/> 用法変更	(薬品名: _____) の用法を (_____) から (_____) に変更 漢方製剤の用法変更、EPA 製剤・EPA/DHA 製剤「食直後」への変更、ビスホスホネート製剤の起床時への変更が対象
【日数・枚数調整】 <input type="checkbox"/> 処方日数調整 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 貼付剤の枚数調整	どの薬品名 (Rp番号でも可) を何日分に変更したのか、理由とともにご記載ください。 残薬調整の場合は、残薬が発生する原因とその対策も併せてご記載ください。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>
<p>【その他】 記載漏れなどがある場合は、再提出のご依頼をさせていただきます。その際は速やかにご対応ください。 次の診察時に医師に伝えたいことや要望などがありましたら、トレーシングレポートをお願いします。</p>	