



和歌山生協病院・附属診療所 御中

報告日：令和 年 月 日

プロトコルに基づく変更報告書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生御机下	保険薬局
患者ID：	電話番号：
患者氏名： 様	FAX番号：
生年月日： 年 月 日	担当薬剤師：
処方日： 令和 年 月 日	調剤日： 令和 年 月 日
<p>【和歌山生協病院・附属診療所との合意書を交わした事項に関する項目】</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>①成分名が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> ②剤形の変更 ③薬品の規格変更</p> <p>④外用剤の包装規格の変更 ⑤⑥調剤方法（半錠、粉砕、1包化）</p> <p>⑦⑧⑨ 処方日数の変更 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>⑩薬学的管理に関する事項で緊急を要さない（検査依頼、有害事象が疑われるもの）場合</p>	

和歌山生協病院・附属診療所との間で交わした「院外処方箋における疑義照会プロトコル合意書」に準じて、以下の通り調剤しましたので報告いたします。

ご高配のほど、よろしくお願い申し上げます。

【処方箋記載内容】	【変更後】
【薬局からの提案事項等】	

〈注意〉 FAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。