FAX 送信先:**洛和会音羽リハビリテーション病院 薬剤部 075-581-6177**

洛和会音羽リハビリテーション病院　　報告日：　　年　　月　　日

事前合意プロトコルに基づく情報提供書

処方医　　科 先生	保険薬局　名称・所在地
患者 ID　： 患者氏名：	電話番号： FAX 番号：
生年月日：　　年　　月　　日	担当薬剤師名：　　印
処方せん発行日：　　年　　月　　日	返信の有無 ○必要 ○不要
この情報を伝えることに対して患者の同意を ☐ 得た　☐ 得ていない	

＜変更内容＞ 該当する項目に ✓ を入れてください。

☐ 1）同一成分銘柄変更　　☐ 2）内用薬の剤形変更　　☐ 3）同一薬剤処方規格変更

☐ 4）一包化、半割、粉砕、混合、あるいはその反対への変更

☐ 5）外用薬の規格変更　　☐ 6）残薬や処方日数の適正化

☐ 7）湿布薬のパップ剤からテープ剤への変更、あるいはその反対への変更

☐ 8）外用薬の用法が口頭で指示されている場合の追記

変更内容 1～8	変更前の処方内容	変更後の処方内容

変更を行った理由を具体的に記入してください

残薬があれば残っている理由を該当する項目に ✓ を入れてください。（複数回答　可）

☐ 飲み忘れ　☐ 重複投与　☐ 医療者からの中止指示　☐ 自己中断

☐ その他（　　）

＜返信・対応＞

内容

年　　月　　日　対応者：