

包括的事前合意プロトコル連絡用紙

年 月 日

診療科		処方医	
患者名		生年月日	
患者ID			
処方日	年 月 日		
薬局名		T E L	
		F A X	

包括的事前合意プロトコル番号 ※☑をつけてください。重複チェック可。

- ☐ ①成分名が同一である先発品/後発品の銘柄変更
- ☐ ②内服薬の剤型変更
- ☐ ③別規格製剤がある場合の処方規格の変更(ワーファリン、チラーヂンSを除く)
- ☐ ④湿布薬や軟膏での包装単位変更
- ☐ ⑤残薬調整のための内服薬・外用薬の日数短縮(ハイリスク薬を含む)
- ☐ ⑥一般名処方における別規格・類似剤型の先発品への変更
- ☐ ⑦患者の希望等で行う半割、粉碎、混合あるいは一包化調剤
- ☐ ⑧週1回あるいは月1回内服のビスホスホネート製剤およびDPP-4阻害剤の処方日数の適正化
- ☐ ⑨患者の希望等で行う消炎鎮痛外用剤における、パップ剤からテープ剤への変更、またはその逆
- ☐ ⑩消炎鎮痛外用剤における貼付剤の合計処方量とコメントでの指示枚数が異なる場合の適正化
- ☐ ⑪外用剤の用法(適用回数・適用部位・適用タイミング)が口頭指示されている場合の用法追記
- ☐ ⑫患者の希望等で行うエンシュア・H/ラコール/イノラスなど成分栄養剤における味の変更
- ☐ ⑬患者希望等で行うヘパリン類似物質外用泡状スプレーの製品規格に合わせた処方量の変更

変更内容		変更者	
------	--	-----	--

上記に基づき変更いたしました。
内容:

変更後は、処方箋の備考欄に【包括的事前合意プロトコル番号;P-①等】を記入し、
処方せんとともに、FAXしてください

糸島医師会病院 FAX 092-322-3306

井上病院 FAX 092-322-5806

※処方内容は重要な個人情報です。送り先を再確認して間違いないようにFAXを送ってください。