**院外処方箋事前同意プロトコール情報提供書**

|  |  |
| --- | --- |
| 科名： | 担当薬剤師： |
| 患者ID： |  |
| 患者名： | 電話番号： |
| 生年月日： | 保険薬局　名称/所在地： |
| 処方せん右上４ケタの番号： |  |

|  |
| --- |
| 処方日： |
| ●変更した内容：  □　1. 患者希望による規格・剤型・合剤の変更。  □　2. 流通制限等による入手可能な規格の錠剤の粉砕や分割  □　3. 患者希望による一包化または別包  □　4. 隔日投与などの日数の適正化  □　5. 外用薬の口頭指示の追記  □　6. 内服薬の口頭指示の追記  □　7. 用法の適正化  □　8. 貼付剤のテープ剤、パップ剤の変更  □　9. 外来服薬支援算定 |

|  |
| --- |
| 備考欄 |
|  |

別途連絡事項がある場合は、トレーシングレポートをご活用下さい。

東京医科大学病院　薬剤部　　　TEL０３-3559-3732 FAX03-5324-8169