



《注意》このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
 疑義照会は通常通り疑義照会連絡票で行ってください。
 未記載項目があるものは無効です。必ず全て記載してください。

事前合意項目における問い合わせ不要 PBPM 報告書

保険薬局名称		保険薬局薬剤師	
TEL		FAX	
患者ID	男・女	処方せん交付日	年 月 日
患者氏名		診療科	
		処方医	

- ・ 事前合意項目における問い合わせ不要 PBPM に基づき変更調剤を行い、薬剤交付いたしました。下記の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

変更した内容を下記に記載して下さい。

区分	<input type="checkbox"/> 1. 同一成分の銘柄変更	<input type="checkbox"/> 2. 内服剤の剤形変更
	<input type="checkbox"/> 3. 同一薬剤の調製規格変更	<input type="checkbox"/> 4. 半割, 粉碎, 混合とその逆
	<input type="checkbox"/> 5. 一包化	<input type="checkbox"/> 6. 残薬調整 (理由を記載すること)
	<input type="checkbox"/> 7. 外用剤用法の口頭指示	<input type="checkbox"/> 8. 処方日数の適正化
	<input type="checkbox"/> 9. 漢方・胃腸機能調整剤の用法変更	<input type="checkbox"/> 10. 服用歴のある配合剤への再変更
	残薬が生じた理由	

区分	変更前		変更後
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	