

一般名調剤報告書（新・再）  
 疑義照会プロトコルに基づく変更調剤報告書

情報提供先医療機関名 福井大学医学部附属病院

担当医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電 話

F A X

保険薬剤師名

患者 ID \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別（男・女）

生年月日（明・大・昭・平） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

処方箋交付日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 調剤日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

処方箋記載医薬品名	規格	変更後医薬品名	規格	メーカー名
1 _____	_____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____	_____
6 _____	_____	_____	_____	_____
7 _____	_____	_____	_____	_____

以上の様に調剤いたしました。

分割調剤を行った場合のみ記載

1回目の調剤日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

2回目の調剤日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

分割調剤医薬品（ 1 2 3 4 5 6 7 ）

交付日数 \_\_\_\_\_ 日分

分割調剤医薬品（ 1 2 3 4 5 6 7 ）

交付日数 \_\_\_\_\_ 日分

先発品に戻した場合、その変更理由

[ \_\_\_\_\_ ]