|  |
| --- |
| 久留米地区　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内服薬の剤形の変更□ 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□ ❺残薬調整のための内服薬・外用薬の日数短縮　(抗がん剤を除く)□ ⑥患者の希望等で行う半割、粉砕、混合あるいは一包化調剤□ ❼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□ ❽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□ ❾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□ **⑩**患者の希望等で行うエンシュア・H/ラコール/イノラス/アミノレバンなど成分栄養剤における味の変更　　　　＊麻薬に関しては除外となりますので疑義照会を行ってください |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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、処方せんの備考欄に【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。❺❼❽❾に関しては毎回F A Xをお願いします。それ以外は同じ内容であれば省略できます。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | ＦＡＸ番号 | 病院名 | ＦＡＸ番号 |
| 久留米大学病院薬剤部　 | 0942-37-6146 | 新古賀病院 | 0942-38-2243 |
| 久留米大学医療センター薬剤室　 | 0942-22-6525 | 古賀病院21 | 0942-38-2771 |
| 聖マリア病院薬剤部 | 0942-34-3709 | 新古賀クリニック | 0942-35-2887 |
|  |  |  |  |

※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

2022年6月1日　改訂