

高知大学医学部附属病院

院外処方箋問い合わせ簡素化プロトコル 報告書

プロトコル適用後、翌営業日 9:00 までに FAX をお願いします。(FAX:088-880-2456)

事業所名		電話番号	-	-	所在地	
調剤日	西暦 年 月 日	報告日	西暦 年 月 日		報告者	
処方箋発行日	西暦 年 月 日	診療科			処方医	
患者名		患者 ID			患者生年月日	
問い合わせ簡素化プロトコル	<input type="checkbox"/> 外用薬の使用部位 <input type="checkbox"/> 患者アドヒアランス向上を目的とした一包化調剤 (対象となった薬剤を下記にすべて記載すること) <input type="checkbox"/> 残薬調整目的の処方日数の変更					
変更前処方						
変更後処方						
備考						

注) 本連絡用紙におけるプロトコルの報告範囲は以下の通りです。

外用薬の使用部位

外用薬において、薬歴や患者面談から、医師の口頭指示による使用部位が明確である場合、使用部位の追記を可とする。

アドヒアランス向上を目的とした一包化調剤

「患者希望あるいはアドヒアランス不良で一包化による服薬アドヒアランスの向上が見込まれる」等の理由がある場合、各薬剤の安定性を考慮のうえで、一包化調剤を可とする。ただし、患者負担額について十分な説明を行い、同意を得ること。なお、上記以外の理由や、複数診療科にまたがる一包化調剤は対象外とする。

残薬調整目的の処方日数の変更

薬歴上、継続処方されている処方薬に残薬がある場合、処方日数の短縮（外用剤の本数減少も含む）を可とする。なお、服薬アドヒアランスが投与量に影響を及ぼす等、残薬内容から医師への情報提供が必要な場合は、その都度、必ず疑義照会を行う。