

「変更調剤等 F A X 連絡票」の記載方法について

2025. 4 香川県立白鳥病院

1/1 処方箋 (この処方箋は、どの薬局でも有効です。)

内科

公費負担者番号		保険者番号	01370014
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	(校番)
公費負担者番号②		区分 被扶養者	負担率 3割
公費負担医療の受給者番号②		〒769-2788 香川県東かがわ市松原963番地	
患者 9990000051		保険医療機関の所在地及び名称 香川県立白鳥病院	
テスト 51		電話番号 0879-25-4154	
テスト 51		保険医氏名	
昭和52年05月01日 47才 女性		保険医療機関での : 病200未満	
交付年月日 令和6年10月11日		処方箋の使用期間	
		年 月 日	
変更不可 (医療主記)		患者希望	
レ		1) タケプロンOD錠15	1錠 28日分
		...1日1回 朝食後	1錠 28日分

備考 散剤が丸で記載されている場合は成分(原薬)量です。 (変更不可)欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記号・捺印すること。

自動車運転等に必要のある医薬品が処方されている場合、服薬指導をお願いします。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)

☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☒ 保険医療機関へ情報提供

調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)

□1回目調剤日 (年 月 日) □2回目調剤日 (年 月 日) □3回目調剤日 (年 月 日)

次回調剤予定日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日)

調剤済年月日

保険薬局の所在地及び名称 保険医氏名

【保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応】

- ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
- ☐ 保険医療機関へ情報提供

いずれにチェックがあっても、残薬確認した場合、当院では「**残薬調整後の報告可**」として運用します。

※電子カルテは処方日数を修正時に

「**保険医療機関へ情報提供**」に変更します。

Rp 番号だけでなく**薬品名**も記入 (間違い防止の為)

処方箋取り扱い上の注意事項

★下記検査項目等は、保険調剤薬局の方に薬の内容確認、服薬指導に活用して頂くものです。

検査結果 (直近3ヶ月の検査から)

項目	日付	結果	基準値 (単位)	項目	日付	結果	基準値 (単位)
WBC			0.4-1.0 (mg/dL)				
Hb			12.0-15.0 (g/dL)				
PLT			150-400 (10 ³ /mm ³)				
PT-INR			0.8-1.2				
AST			0-37 (U/L)				
ALT			0-40 (U/L)				
T-Bil			0-1.2 (mg/dL)				
BUN			7-20 (mg/dL)				

プロトコル①～⑦に該当する場合は**チェック**を忘れずに

- ①成分名が同一の銘柄変更
- ②剤形の変更
- ③規格の変更
- ④処方日数の適正化 (残薬調整)
- ⑤一包化・半割・粉碎・混合調剤
- ⑥外用薬の用法追記
- ⑦薬効に影響する用法の変更 (先発→後発への変更にチェックは不要)

継続が必要な薬剤の日数は**1日以上**で

残薬数も記入 (間違い防止の為)

変更調剤等 F A X 連絡票 FAX 0879-23-1234

※処方、基礎的医薬品の変更調剤はFAX不要

変更前	変更後
1) タケプロンOD錠15 28日分	→ 18日分 (10日分残薬あり)
2) ナトリックス錠1mg 1錠 (3日に1回) 28日分	→ 10日分 (3日に1回)
5) ~6)	→ 一包化
調剤薬局名称・電話番号	〇〇薬局 0879(〇〇)〇〇〇〇
調剤年月日	令和 7年 4月 1日

奇数の場合などは、不足が生じないように必要な日数で(多い方)で

一包化もここへ (外来服薬支援料算定)

・保険に関する問い合わせは医事会計外来係

TEL 番号 : 0879-25-5240 (直通)

薬局名・電話番号・調剤日は忘れずに