



**《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、患者への説明・同意の上、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	□1-1. 同一成分の銘柄変更	
	□1-2. 長期収載品（選定療養費対象薬剤）への変更・調剤（下記理由選択）	
	□患者希望 □剤形上の問題点 □後発品提供が困難（*それぞれ詳細理由記載要）	
	□1-3. 説明により長期収載品（選定療養対象薬剤）から後発品に希望変更	
	□2. 内服剤の剤形変更	□3. 同一薬剤の調製規格変更
	□4. 半割，粉碎，混合とその逆	□5. 一包化もしくは一包化指示削除
	□6. 残薬調整（*理由記載要）	□7. 外用剤用法の口頭指示
	□8. 処方日数の適正化	□9. 漢方・胃腸機能調整剤の用法変更
	□10. 服用歴のある配合剤への再変更	□11. 栄養剤等のフレーバー変更
	*残薬が生じた理由、*長期収載品への変更・調剤理由（詳細）	

区分	変更前		変更後
		⇒	
		⇒	
		⇒	
		⇒	