

保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師 → カルテ取り込み者

FAX 0493-72-0936

小川赤十字病院 薬剤部

処方修正報告書

診療科		医師名	先生	報告日	
-----	--	-----	----	-----	--

患者 ID (病院)		保険薬局番号	
		保険薬局名称	
患者名		住所	
		TEL	
患者同意	<input type="checkbox"/> 得た	FAX	
	<input type="checkbox"/> 得ていない	担当薬剤師	印

合意に基づき、以下の疑義照会を省略致しました。ご確認お願い致します。

☆処方修正内容 <input type="checkbox"/> 成分名が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 内服薬の剤形変更 <input type="checkbox"/> 処方規格変更 <input type="checkbox"/> ビスホスホネート製剤の処方日数適正化	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 処方日数の適正化 <input type="checkbox"/> 外用貼付剤の変更 <input type="checkbox"/> 外用剤用法の追記 <input type="checkbox"/> その他取り決め事項
★修正箇所詳細記入欄 処方箋発行日 年 月 日 修正箇所	

<注意> 緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認下さい。

TEL : 0493-72-2333 (代) 各診療科・処方医