

調剤終了後処方せん 変更内容報告書

疑義照会による変更や残薬調整に伴う調剤日数の変更があった場合、調剤終了後、FAXにてご連絡下さい。

宛先：市立青梅総合医療センター 薬剤部

TEL:0428-22-3191(代)

FAX:0428-21-7877(薬剤部)

送付枚数：()枚目/()枚中

患者ID番号									診療科
患者氏名									
生年月日	T・S・H・R 年 月 日				医師名				
照会日時	年 月 日 AM・PM 時 分								
保険薬局名									
電話番号		FAX番号							
担当薬剤師名									
変更理由	<input type="checkbox"/> 残薬調整に伴う日数変更 <input type="checkbox"/> 剂型・規格変更(初回) <input type="checkbox"/> 疑義照会(下記に内容を記載)								
変更内容									
市立青梅総合医療センター薬剤部欄									

市立青梅総合医療センター処方せん(処方箋部分)のコピー