

上白根病院 医事課宛 FAX : 045-951-3255

TEL (代表) 045-951-3221

処方修正報告書

以下の内容について、報告いたします。

報告日 : 20 年 月 日 (処方箋発行日 : 20 年 月 日)

患者 ID (処方箋左上に記載) : 患者氏名 : 様

処方医師 : 科 医師

プロトコルに基づき以下の内容について疑義照会を省略致しました。

〔処方修正内容〕

保険薬局名称 : 担当薬剤師 :

住所 :

TEL/FAX :

患者の同意 : あり ・ なし

※プロトコルに該当しない疑義照会は通常通り行ってください。