|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 旭川医科大学病院御中 | 年　　月　　日 |  | 変更調剤報告用FAX：0166-69-3494  ＜注意＞  合意を交わした薬局のみ、プロトコルの範囲内で変更調剤が可能です。  変更調剤の内容をFAXでお知らせください。  FAXの内容は該当患者様の次回来院時など、医師のカルテ閲覧時に伝達されます。 |
| 科 | 先生御机下 |
| **変更調剤報告** | 合意薬局番号 |
| 患者氏名 | 患者番号 |
| 薬剤師名 | 薬局名 |
| 薬局所在地 | |
| 薬局TEL | 薬局FAX | ＜処方せんコピー等貼付欄＞  ※必要に応じて追加情報・処方せん内容等を記入し、上記FAX番号までご送信ください。（なお、FAX番号には十分注意願います。） |
| 「院外処方せんにおける疑義照会等簡略化プロトコル」に基づき、下記の通り薬剤を変更して調剤しました。 | |
|  | |