

変更調剤報告書 (FAX:0166-69-3494)

旭川医科大学病院御中

年 月 日

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

「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。

--

<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。)

--

<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。