下記の通り変更がございましたのでご報告致します。

　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先 | 医療機関名 | 熊本再春医療センター　　御中 | | | |
| 診療科名 | 科 | | | |
| 処方医名 | 先生 | | | |
| 患　者　情　報 | 患者氏名（性別） | 様 | | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生 | | | |
| 保険記号・番号  ＩＤ番号 |  | | | |
| 処方箋発行日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| 変更・訂正に関する事項 | 疑義照会の有無 | **あり　　　　・　　　　なし** | | | |
| 疑義照会の日時 | 年　　　月　　　日（午前・午後　　　時　　　分） | | | |
| 疑義照会先 | 発行医・診療科窓口・医事課・薬剤部・その他： | | | |
| 変　更　前 | | | 変　更　後 | |
|  | | |  | |
| ※前回の処方箋受付時にも疑義照会を行って変更になった内容と同じ疑義ですか？  はい：２回目　　　・　　　はい：３回目以上　　　・　　　いいえ | | | | | |
| 備考欄 |  | | | | |
| 報告者 | 薬局名 | |  | | |
| 薬局所在地  （ＴＥＬ･ＦＡＸ） | |  | | |
| 薬剤師氏名 | |  | | |

薬剤師名は署名か記名押印　FAXコーナーFAX番号：096-242-5583