

(添付 2)

処方修正報告書

医療生協さいたま生活協同組合 埼玉協同病院 医師アシスト課

FAX : 048-296-8479 (9:00~20:00)

受け取った FAX の処理 : 医師アシスト課→処方医師

処方医 : _____ 科 _____ 先生	報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
患者名 :	保険薬局名称・住所
ID :	TEL :
	FAX :

患者からの同意 ☐ 得た ☐ 得ていない

担当薬剤師 :

印

契約に基づき、以下について疑義照会省略いたしました。ご確認をお願いいたします。

☆処方修正内容	★ 修正箇所詳細記載欄 (処方箋発行日、修正内容を具体的に記載)
☐ 別規格製剤がある場合の規格の変更	
☐ 一包化	・ 処方箋発行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
☐ 週1回服用 あるいは 月1回服用 の指示のある	・ 修正内容
薬の処方日数	
☐ 処方日数	
☐ 用法・用量	
☐ 外用薬の用法	
☐ その他 (右欄に内容を記載してください)	

<注意> 緊急性のある問い合わせや疑義照会の際は、現行通り指定の書式がありますのでそちらを用いてFAXで対応をお願いします。

病院代表電話 : 0570-00-4771

(協同-医薬品管理-007 付表②)