

(添付 3)

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

受け取った FAX の処理 : 医師アシスト課→処方医師→スキャナ→D I 室→廃棄

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	<その他>
<input type="checkbox"/> 別規格製剤がある場合の規格の変更	
<input type="checkbox"/> 一包化	
<input type="checkbox"/> 週1回服用 あるいは 月1回服用 の指示のある薬の処方日数	
<input type="checkbox"/> 処方日数	
<input type="checkbox"/> 用法・用量	
<input type="checkbox"/> 外用薬の用法	
<input type="checkbox"/> その他 (右欄に内容を記載してください)	
★ 修正箇所詳細記載欄	
・ 処方箋発行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
・ 修正内容	

<注意> 緊急性のある問い合わせや疑義照会のときは、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-022付表③)