

(別紙1)

処方修正報告書

横浜旭中央総合病院

FAX：045-922-9499（医事課）

処方医師： _____ 科 _____ 医師 _____

患者ID： _____ 患者氏名： _____

報告日：20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 処方箋発行日：20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

保険薬局名称： _____

住所： _____

TEL・FAX： _____

担当薬剤師名： _____

患者の同意： 有・無

プロトコールに基づき以下の内容について疑義照会を省略いたしました

【処方修正内容】該当項目に☑を入れてください。 ※複数選択可

内服薬：同一成分の剤形変更 同一成分の規格変更 一包化

処方日数（短縮） 外用薬の用法

【修正内容詳細】

〈注意〉疑義照会は現行通り行ってください。

病院代表電話 045-921-6111