

(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