

堺市立総合医療センター 疑義照会后 変更内容報告FAX

FAX 年月日	年 月 日
保険薬局名 連絡先 (電話番号) 連絡先 (FAX番号)	

患者ID / 氏名	ID /
診療科/処方箋発行日	科 / 年 月 日
変更内容詳細	

本報告書は疑義照会の簡素化に合意されていない場合もしくは、
合意されていても対象外の内容について、診療科へ疑義照会を行った後の
変更内容詳細を報告するものです。
報告して頂いた内容について、病院薬剤師が処方修正の代行入力を行います。
ご協力頂き、誠にありがとうございます。