

処方修正報告書

医療法人 顕正会 蓮田病院 薬剤部

FAX: 048-766-3497 (9:00~17:00)

診療科: 科 処方医: 先生	報告日 年 月 日
ID:	保険薬局名称・住所
患者名:	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)
<input type="checkbox"/> 同一成分の銘柄、剤形、規格の変更	- 処方箋発行日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 調剤方法	- 修正内容
<input type="checkbox"/> 一包化	
<input type="checkbox"/> 湿布薬や軟膏での規格変更	
<input type="checkbox"/> 一般名処方における調剤時の類似剤形への変更	
<input type="checkbox"/> 週1回、月1回、1日おき等の服用指示の変更	
<input type="checkbox"/> 残薬調整や処方日数不足の場合の日数変更	
<input type="checkbox"/> 単剤の組み合わせを合剤に変更	
<input type="checkbox"/> 乳酸菌製剤の変更	
<input type="checkbox"/> 用法・用量の変更	
<input type="checkbox"/> 外用薬の用法追記	
<input type="checkbox"/> 外用貼付剤における変更	
<input type="checkbox"/> その他	
(下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電話にて直接処方医にお問い合わせ下さい。

病院代表電話 : 048-766-8111