院外処方箋問い合わせの変更内容記載票

ヴォーリズ記念病院　薬局　宛

保険薬局名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●緊急性のある疑義照会は直接お問い合わせください。（TEL　0748-32-7940）●

プロトコル対象事例があれば毎週週末（連休時は週明け）にFAXしてください。（FAX 0748-32-2152）

調剤日	患者ID	患者氏名	処方医	変更理由	変更前	変更後	担当薬剤師	訂正

※　行の挿入および並び替えができます。

書類移動：薬局→診療支援室（週1回回収）→医事課→薬局（最終保管）