＊ＦＡＸ送信票不要

ＦＡＸ：０１８２－３２－９０７２

変更内容を記載した処方箋も同時にＦＡＸしてください

院外処方箋に係る事前同意プロトコル情報提供書

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日：令和　　年　　月　　日  処方医：　　　　　　　　　　病院  　　　　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　先生　御侍史    患者ＩＤ：  患者名　：　　　　　　　　　　　様 | 保険薬局　名称　所在地  Tel ：  Fax：  担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　印 |

院外処方箋に係る事前同意プロトコールに基づき変更調剤を行い、薬剤交付いたしました。

ご確認をお願い致します。

処方箋交付年月日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 処方修正内容 | 連絡欄 |
| * ①残薬調整 * ②一包化調剤（加算が発生しない場   　　　　　　　合）   * ③その他   変更した内容にチェックしてください |  |