

* F A X 送信票不要

F A X : 0 1 8 2 - 3 2 - 9 0 7 2

変更内容を記載した処方箋も同時に F A X 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 I D : 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
<input type="checkbox"/> ①残薬調整 <input type="checkbox"/> ②一包化調剤（加算が発生しない場合） <input type="checkbox"/> ③その他 変更した内容にチェックしてください	