

報告日 年 月 日

FAX先：06-6393-8564（大阪回生病院薬剤部）

処方変更報告書

医療機関名	大阪回生病院	保険薬局名称	
担当医師	科 先生	薬剤師名	
		電話 FAX	

患者ID 患者名

処方せん発行日 年 月 日

1. 疑義照会簡素化プロトコル対応 残薬調整	報告内容
2. 疑義照会簡素化プロトコル対応 剤型変更	
3. 疑義照会簡素化プロトコル対応 規格変更	
4. その他	

- ・該当する項目に○をつけてください。
- ・必要な場合には処方箋の写しを添付してください。