**疑義照会後変更連絡用紙**

**千葉メディカルセンター宛**（　ＦＡＸ：043-263-4930　）

西暦　　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
|  |
| **患者様情報** |  | **保険薬局様情報** |
| 氏名 |  様 |  | 保険薬局名 |  |
| 患者ID |  |  | 電話番号 |  |
| 診療科 |  科 |  | FAX番号 |  |
| 処方医名 |  医師 |  | 薬剤師氏名 |  |
| 処方箋交付年月日 | 令和　　　年　　　月　　日 |

|  |
| --- |
| **内容：**１．処方薬　　２．用法・用量　　　３．その他（〇で囲む） |
|  |
| **回答**※変更内容を記載し、処方箋と共にFAX送信してください。 |
| 回答者 | 事務　　医師　　薬剤師　　その他（　　　　　）　　 | 回答日時 | 西暦　　　　年　　月　　日　　時　　　分 |