**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 |