

FAX送信先：呉市医師会病院 薬剤科 : 0823-25-7703

提出日： 年 月 日

院外処方箋の内容変更連絡書

(^{ヒマ}疑義照会・プロトコル)

- ・「疑義照会事前合意プロトコル」の実施は保険薬局毎に当院との合意締結が必要です。
- ・「疑義照会事前合意プロトコル」に該当しない場合は処方医に疑義照会をお願いします。
- ・該当処方箋も添付送信して下さい。

患者ID		患者名	
患者の同意	☐ 有り	☐ 無し（その理由： ）	

☐ 疑義照会 ☐ プロトコル		
内容	変更前	変更後
☐ 疑義照会 ☐ プロトコル		
内容	変更前	変更後
〔備考その他〕		

FAX送信元：保険薬局名・薬剤師名・所在地・TEL/FAX（押印でも可）