

F A X 送信先 : 0182-33-7920 (市立横手病院 薬剤科 直通)

※ F A X 送信票は不要です

※ 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	処方箋交付日	令和 年 月 日
診療科名		保険薬局名	
処方医名		所在地	
患者 ID		電話番号	
患者氏名	様	担当薬剤師	
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			

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。

----- 以下 市立横手病院 事務処理用 -----

部 署	薬剤科	医師事務支援	医事課 事務処理	文書管理 取込
確認 印				