

※処方箋の原本と共にFAX送信をお願いします。

市立伊丹病院

報告日： 年 月 日

疑義照会連絡票・後発(後続)医薬品変更報告書

処方医師名	科	保険薬局名 (所在地)
患者ID		返信用FAX番号
患者名		(電話番号)
処方日	年 月 日	担当薬剤師
備考		

分類	<input type="checkbox"/> 疑義照会 <input type="checkbox"/> 後発・後続医薬品変更報告 ※ 後発・後続への変更に伴い、初回のみ変更内容をご連絡ください。 2回目以降で、初回の変更内容が継続される場合は連絡不要です。
----	--

【情報提供・提案内容】

(事前に市立伊丹病院「院外処方せんにおける疑義照会基準」の確認をお願いします。)