

【送信先】

なにわ生野病院地域医療連携室宛 FAX:06-6632-9909

【送信元】

薬局 TEL:

問い合わせ簡素化専用 FAX 送信状

西暦 年 月 日

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 大阪警察病院 | <input type="checkbox"/> 医学研究所 北野病院 |
| <input type="checkbox"/> 第二警察大阪病院 | <input type="checkbox"/> 住友病院 |
| <input type="checkbox"/> 大阪赤十字病院 | <input type="checkbox"/> 東住吉森本病院 |
| <input type="checkbox"/> 四天王寺病院 | <input type="checkbox"/> 淀川キリスト教病院 |
| <input type="checkbox"/> 早石病院 | <input type="checkbox"/> 聖バルナバ病院 |
| <input type="checkbox"/> なにわ生野病院 | <input type="checkbox"/> 大阪鉄道病院 |

御中

合意書に基づき下記の通り報告します。

送信枚数： _____ 枚（送信状 含む）

【患者氏名・ID】 _____（処方医名： _____）

- 【変更理由】 合意事項① 合意事項② 合意事項③ 合意事項④
 合意事項⑤ 合意事項⑥ 合意事項⑦

※①成分名が同一の銘柄変更 ②剤型の変更 ③別規格製剤がある場合の処方規格の変更 ④半割、粉碎あるいは混合
⑤一包化 ⑥経過措置などによる一般名への変更による名称変更 ⑦残薬確認後の処方せん日数変更

- 【変更内容】 別紙に記載の通り