

疑義照会結果報告書 (FAX送付票)

送付年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

送付先：中部労災病院 薬剤部 FAX番号 052-652-0246

薬局名 _____ 送信者 _____

FAX番号 _____ 電話番号 _____

処方日 _____ 処方医 _____

患者ID _____ 患者名 _____

以下のように報告します。

変更内容・変更理由など

【可能でしたら処方箋を添付ください】

独自のフォーマットでも報告可能ですが
変更理由を記載いただけると幸いです