

変更調剤・問い合わせ内容の連絡票

変更調剤や問い合わせを行った場合は、この票を、以下までFAXしてください。

山形済生病院 薬剤部 **FAX番号 023 - 682 - 0127**

処方年月日	令和 年 月 日（ 曜日）		
患者 I D		患者氏名	
診療科名		保険医氏名	

問い合わせの有無	☐ 有 ☐ 無		
【 変更調剤や問い合わせの内容 】 薬剤名（メーカー名）、規格、用量 等			
処 方 せ ん 記 載		変 更 後	

保険薬局名			
電話番号		FAX番号	
薬剤師名			

病 院 使 用 欄