

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

保険薬局の皆様へのお願い

- ・疑義照会は処方医師が対応しますので、代表にご連絡ください。TEL(045)787-2800
- ・処方内容変更があった場合は、この用紙をご記入のうえ、FAXにてお知らせください。

宛 先	〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3-9 公立大学法人横浜市立大学附属病院 医事課 FAX: ( 045 ) 787 - 2901 (直通) 《番号間違いには、くれぐれもご注意ください。》
発 信 者	(住所) (保険薬局名・担当者名) (電話) (FAX)
疑 義 照 会 後 処 方 変 更 内 容	(患者番号: _____ ) (診療科名: _____ ) (医師名: _____ )
備 考	

【FAX頂きたい変更内容】

- ・処方日数の変更
- ・処方薬剤の変更(追加・削除)
- ・用法や部位の変更

【FAX不要な変更内容】

- ・先発品→後発品の変更
- ・後発品→別の後発品への変更