FAX 番号：中頭病院 098-929-3125　　ちばなクリニック 098-939-7931

□中頭病院
□ちばなクリニック ＿＿＿＿＿＿＿＿先生へ　　患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

「院外処方せん」のオーダー変更・訂正依頼書

疑義照会日時　　月　　日　（　）　午前・午後　　時　　分

※ 該当するものに〇をつける。

１、処方削除

理由　A、患者希望　B、残薬あり(＿＿日分、＿＿回分) C、その他(　　)

２、処方追加

理由　A、患者希望　B、処方忘れ　C、その他　(　　)

３、その他の訂正

理由　A、用量　B、用法　C、日数変更　D、規格変更　E、薬剤変更
F、副作用・アレルギー　G、相互作用　H、重複投与　I、調剤方法
J、その他（　　）

薬局名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　薬剤師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

処方せん添付