処方薬剤変更報告書

軽井沢病院薬剤科　御中（FAX：0267-45-0041）

保険薬局名：

電話番号：

報告日：　　年　　月　　日

担当者名：

*処方箋右上の"7"から始まる5桁の数字　　※医師への確認欄には必ず"○"を付してください

処方日	患者名	処方箋番号*	変更内容		薬剤科集計欄
／			医師に確認した ・ していない		
／			医師に確認した ・ していない		
／			医師に確認した ・ していない		
／			医師に確認した ・ していない		
／			医師に確認した ・ していない		
／			医師に確認した ・ していない		
／			医師に確認した ・ していない		
／			医師に確認した ・ していない		
／			医師に確認した ・ していない		
／			医師に確認した ・ していない		
／			医師に確認した ・ していない		
／			医師に確認した ・ していない		
／			医師に確認した ・ していない		