

処方修正依頼

康生会武田病院 薬局行

FAX:075-361-1398

保険薬局名：

電話番号：

FAX番号：

令和 年 月 日

以下の通り処方修正をお願い致します。

●残薬調整

残薬調整をされる場合は必ず理由を記載してください。主治医への連絡が必要な場合やコンプライアンス不良のため介入が必要な場合はトレーシングレポートにてご報告ください。

交付日	診療科	ID(名前の右上の番号)	氏名	内容	理由

●一包化 削除・希望

交付日	診療科	ID	氏名	内容 (該当する箇所に○)
				一包化・削除/希望
				一包化・削除/希望
				一包化・削除/希望

●先発・後発変更

交付日	診療科	ID	氏名	内容

●その他

交付日	診療科	ID	氏名	内容