

石巻赤十字病院処方内容等照会用紙

保険薬局名:	薬局	店	薬剤師名:
薬局連絡番号 TEL:	FAX:		
処方日: 年 月 日	診療科:	処方医:	
患者ID:	患者氏名:		

照会内容（必要事項のみ簡潔に）

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 薬剤の追加 | <input type="checkbox"/> 薬剤の削除 | <input type="checkbox"/> 薬剤の変更 |
| <input type="checkbox"/> 処方日数の変更 | <input type="checkbox"/> プロトコル適用 | <input type="checkbox"/> その他 |

回答内容

確認医師名(回答者)

保険薬局 → 診療支援事務課 → 医事課 → 薬剤部(保管)