

処方修正依頼

康生会武田病院 薬局行

FAX:075-361-1398

令和 年 月 日
以下の通り処方修正をお願い致します。

保険薬局名：

薬剤師：

電話番号：

FAX番号：

●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。①主治医への連絡が必要な場合②コンプライアンス不良③残薬が大量の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

●その他

交付日	診療科	ID	氏名	内容