

別添2

ファックス報告書

医療機関名： _____ 御中 _____ 科 _____ 先生

患者名		薬局名	
患者生年月日	MTSH 年 月 日	薬剤師氏名	印
処方箋発行日	年 月 日	薬局電話番号	
処方箋 ID*1		薬局 FAX 番号	
薬局住所			
この情報を伝えることに患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない			

*1 処方箋に記載なき場合は空欄

当薬局は上記患者の処方箋を事前確認済み事項に基づき変更致しましたので報告致します。

変更内容・変更理由

以上