

(様式 2)

医療法人社団英志会 富士整形外科ララ広見クリニック
処方箋変更連絡票

この連絡票と院外処方箋を FAX してください。

F A X 番号 0545-67-1636

		連絡日	年	月	日
保険薬局名					
電話番号		FAX 番号			
薬剤師名					

患者氏名 (判明不能表記)			
患者 ID		生年月日	
処方箋発行日		保険医氏名	
変更内容			
処方箋記載	薬剤名 (メーカー名)	変更後	薬剤名 (メーカー名)

受 付	年	月	日	対応者氏名	
-----	---	---	---	-------	--