**問い合わせ簡素化専用FAX送信状**

西暦　　　　年　　月　　日

* 大阪けいさつ病院 □ 淀川キリスト教病院
* 大阪赤十字病院 　□ 聖バルナバ病院
* 四天王寺病院　　　 　□ 大阪鉄道病院　　　　 御中
* 早石病院　　　　 　　□ なにわ生野病院
* 医学研究所 北野病院　□ 愛染橋病院
* 住友病院　　　　　　 □ 関西電力病院
* 東住吉森本病院　　　　　　　　　　　　　発信元
* 大阪公立大学医学部附属病院

薬局名・TEL/FAX番号・担当者

□

合意書に基づき下記の通り報告します。

**送信枚数：　　　　枚（送信状 含む）**

|  |
| --- |
| 【　ID　】　　　　　　　　　　　　　【患者氏名】　　　　　　　　　　　　【変更理由】　□ 合意事項①　□ 合意事項②　□ 合意事項③　□ 合意事項④□ 合意事項⑤　□ 合意事項⑥　□ 合意事項⑦※①成分名が同一の銘柄変更　②剤型の変更　③別規格製剤がある場合の処方規格の変更　④半割、粉砕あるいは混合　⑤一包化　⑥経過措置などによる一般名への変更による名称変更　⑦残薬確認後の処方せん日数変更【変更内容】　□ 別紙に記載の通り |

すばる会計