

宮崎東病院 院外処方箋の変更報告書

FAX 年月日	西暦 年 月 日
保険薬局名連絡先 (電話番号)	
担当薬剤師名	
管理薬剤師又は 他の薬剤師	
患者 ID/氏名	ID /
生年月日	西暦 年 月 日
診療科/処方箋発行日	科 /西暦 年 月 日
処方医	
変更内容該当番号 (1~8)	
変更内容	