

疑義照会変更FAX送信状

送付先 横須賀市立総合医療センター 薬剤部 御中

FAX : 046-845-5093 (薬剤部直通)

TEL : 046-845-5092 (薬剤部直通)

FAX送信日 年 月 日

	診療科	患者ID	処方せん 発行日	変更前	変更後	備考
例	内科	1234567	3月3日	ロキソニン錠 1回3錠 疼痛時	ロキソニン錠 1回1錠 疼痛時	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

《発信者》