

FAX : 03-5688-0774 (薬剤部宛)

西暦 年 月 日

公益財団法人ライフ・エクステンション研究所

付属 永寿総合病院 薬剤部・医事課

(処方医 : _____ 科 _____ 医師)

送信元 : _____

担当者 : _____

連絡先 : _____

処方変更連絡票 (※1患者に1枚に作成してください)

患者ID _____ 患者氏名 _____ 男・女 _____ 歳

●処方日 : _____ 月 _____ 日

●変更項目 該当項目にしてください

: 剤型の変更 (先発) (: 今回のみ変更 : 以降も継続して変更)

: 別規格製剤へ変更 (: 今回のみ変更 : 以降も継続して変更)

※以降も継続して変更で差障りがある場合は連絡をください

◆今回のみの変更

: 成分名が同一の銘柄変更 (先発) : 残薬を確認し処方日数の短縮

●変更内容 :

..... 以下、病院での作業 (病院で記入します)

対応方法 : 該当方法にしてください

: 処方入力変更 : 日数変更 : スキャン

実施担当者 : _____

: 掲示版等に記載 (情報共有)

患者ファイルに保管 (保管期限は、診療録に準ずる)