**処方箋変更票**

令和　　年　　月　　日

兵庫県立淡路医療センター御中

【FAX送信先：0799-24-7333（医事企画課）】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者番号 |  | 処方箋発行日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 患者氏名 |  | 外来診療科 | 科 |
| 変更区分  （該当に○印） | １ 医学品追加処方  ２ その他（ | | |
| 内容 |  | | |
| 保険薬局 | 薬局名：　　　　　　　　　　　　　　TEL:  　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX:  薬剤師名： | | |