

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		処方せん発行日	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：		