令和　　年　　月　　日

保険薬局の皆様へのお願い
・疑義照会は処方医師が行いますので、代表にご連絡ください。TEL（045）261－5656
・処方内容変更があった場合は、この用紙をご記入のうえ、FAXにてお知らせください。

宛先	〒232－0024　神奈川県横浜市南区浦舟町4－57 公立大学法人横浜市立大学附属　市民総合医療センター　医事課 FAX:（　045　）　253　－　0161　（直通） ≪番号間違いには、くれぐれもご注意ください。≫
発信者	（住所） （保険薬局名・担当者名） （電話） （FAX）
疑義照会後処方変更内容	（患者番号:　　） （診療科名:　　）　（医師名:　　） （確認日:　　確認医師名:　　）
備考	

【FAX頂きたい変更内容】
・処方日数の変更
・処方薬剤の変更（追加・削除）
・用法や部位の変更

【FAX不要な変更内容】
・先発品→後発品の変更
・後発品→別の後発品への変更
・20mg1T→10mg2Tなどの変更

病院使用欄

医事課受付日	医事システム修正日