別記様式１

＜ 注 意 ＞
1. この FAX による連絡票は、**服薬情報等提供書や疑義照会ではありません。**
2. 服薬情報等提供は、別記様式 2、別記様式 3 をご利用下さい。
3. 緊急性のある問い合わせや疑義照会は、各科外来診療受付へ電話後、処方医の返答をご確認下さい。

JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院薬剤部
FAX 番号 059-384-1011

【提供の流れ】
保険薬局 → 病院薬剤部 →薬剤部 DI 担当者
㊞

後発医薬品変更・処方内容変更の連絡票

FAX：059-384-1011

患者名	患者番号	処方日	科名	処方医

変更内容（詳細に）

＊「鈴鹿中央総合病院院外処方箋における疑義照会簡素化の規定書」を締結している場合は、
疑義照会の不要例事例の該当番号（　　）

調剤日　　年　　月　　日	対応薬剤師名

合意書締結番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
保険薬局名

連絡先（電話番号）

後発医薬品に変更した時は、先発品、後発品の薬価を記載して下さい。