

(院外様式 2)

## 変更調剤のお知らせ票

変更調剤を行った場合は、このお知らせ票と院外処方せんを、大阪歯科大学附属病院 医事課まで送付して下さい。

大阪歯科大学附属病院 医事課 **FAX 番号 06-6910-1071**

処方日 年 月 日

保険薬局名	薬局		
電話番号		FAX 番号	
薬剤師名			

患者氏名			
患者 ID		院外処方箋 No.	
保険医氏名		診療科名	

変更内容

処方せん記載 薬剤名 (メーカー名)	変更後の 薬剤名 (メーカー名)

対応者

医事課		医師・ 歯科医師		薬剤師		備考	
-----	--	-------------	--	-----	--	----	--