送信先:　武蔵野徳洲会病院　薬剤部
FAX:　042-465-0766(代表)
TEL:　042-465-0700(代表)

平成　　年　　月　　日
報告医療機関名:
TEL:
FAX:

疑義照会・後発医薬品　変更報告書

患者ID	患者名	処方日	診療科	医師名	変更内容	詳細
		/	科	医師	後発品変更　一包化　日数変更　外用薬　重複 メーカー変更　用法　検査値による疑義　その他	
		/	科	医師	後発品変更　一包化　日数変更　外用薬　重複 メーカー変更　用法　検査値による疑義　その他	
		/	科	医師	後発品変更　一包化　日数変更　外用薬　重複 メーカー変更　用法　検査値による疑義　その他	
		/	科	医師	後発品変更　一包化　日数変更　外用薬　重複 メーカー変更　用法　検査値による疑義　その他	
		/	科	医師	後発品変更　一包化　日数変更　外用薬　重複 メーカー変更　用法　検査値による疑義　その他	
		/	科	医師	後発品変更　一包化　日数変更　外用薬　重複 メーカー変更　用法　検査値による疑義　その他	
		/	科	医師	後発品変更　一包化　日数変更　外用薬　重複 メーカー変更　用法　検査値による疑義　その他	
		/	科	医師	後発品変更　一包化　日数変更　外用薬　重複 メーカー変更　用法　検査値による疑義　その他	
		/	科	医師	後発品変更　一包化　日数変更　外用薬　重複 メーカー変更　用法　検査値による疑義　その他	
		/	科	医師	後発品変更　一包化　日数変更　外用薬　重複 メーカー変更　用法　検査値による疑義　その他	