送信先：　湘南鎌倉総合病院　薬剤部

FAX：　0467-45-8911

平成　　年　　月　　日

報告医療機関名：

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	