（大阪病診薬アライアンス様式 5-20250301）

問い合わせ簡素化専用 FAX 送信状

西暦　　年　月　日

☐ 大阪けいさつ病院
☐ 大阪赤十字病院
☐ 四天王寺病院
☐ 早石病院
☐ 医学研究所 北野病院
☐ 住友病院
☐ 東住吉森本病院
☑ 大阪公立大学医学部附属病院
☐

☐ 淀川キリスト教病院
☐ 聖バルナバ病院
☐ 大阪鉄道病院
☐ なにわ生野病院
☐ 愛染橋病院
☐ 関西電力病院

御中

発信元

薬局名・TEL/FAX 番号・担当者

合意書に基づき下記の通り報告します。

送信枚数：　　枚（送信状 含む）

【患者氏名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【変更理由】　☐ 合意事項①　☐ 合意事項②　☐ 合意事項③　☐ 合意事項④
☐ 合意事項⑤　☐ 合意事項⑥　☐ 合意事項⑦

※①成分名が同一の銘柄変更　②剤型の変更　③別規格製剤がある場合の処方規格の変更　④半割、粉砕あるいは混合
⑤一包化　⑥経過措置などによる一般名への変更による名称変更　⑦残薬確認後の処方せん日数変更

【変更内容】　☐ 別紙に記載の通り