**期限　　月　日までにかかりつけ薬局へ持参してください**

**院外処方箋の薬剤中止・変更依頼書（再分包等依頼）**

記載日年　　　月　　　日

〒753-8519　山口市八幡馬場53-1

綜合病院　山口赤十字病院　　　科

電話　代表（083）923-0111

地域連携室ＦＡＸ（083）923-0222

保険薬局殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師　　　　　　　　　　　　　印

患者ID　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　様　　　　歳　　　年　　月　　日生

以下の薬剤について、変更の指導および一包化再分包の場合は薬剤除去対応などをお願い致します

□一包化分包からの除去指示

薬剤名（　　　　　　　　　　）→中止期間（　　年　　月　　日）～（　　年　　月　　日）

薬剤名（　　　　　　　　　　）→中止期間（　　年　　月　　日）～（　　年　　月　　日）

薬剤名（　　　　　　　　　　）→中止期間（　　年　　月　　日）～（　　年　　月　　日）

薬剤名（　　　　　　　　　　）→中止期間（　　年　　月　　日）～（　　年　　月　　日）

備考：

手術予定日：

□その他薬剤変更指示

（運用方法）医師は院外処方箋の薬剤中止・変更依頼書に記入し中止薬指示を行ってください。患者さまへはこの依頼文書と薬剤を一緒に保険薬局へ持参し服薬指導や薬剤変更（再分包等）を受けるようにお伝え下さい

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

保険薬局確認欄：変更・再分包等実施後は下記記入後、ＦＡＸ（083-923-8901）にて返信おねがいします

実施薬局：　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当薬剤師：

実施日：平成　　年　　月　　日