様式３　　送付先：疑義照会プロトコル適用時 0776-61-8156、通常の一般名調剤時 0776-61-8185

□一般名調剤報告書（ 新・再 ）
□疑義照会プロトコルに基づく変更調剤報告書

情報提供先医療機関名　　福井大学医学部附属病院
担当医　　科　　先生

年　　月　　日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電　　話
Ｆ　Ａ　Ｘ
保険薬剤師名

患者 ID
患者氏名　　性別（男・女）
生年月日　（明・大・昭・平・令）　　年　　月　　日生

処方箋交付日　　年　　月　　日　　調剤日　　年　　月　　日

	処方箋記載医薬品名	規格	・	変更後医薬品名	規格	メーカー名
1			・			
2			・			
3			・			
4			・			
5			・			
6			・			
7			・			

以上の様に調剤いたしました。

分割調剤を行った場合のみ記載

□１回目の調剤日：　　年　　月　　日

分割調剤医薬品（ １　２　３　４　５　６　７ ）
交付日数　　日分

□２回目の調剤日：　　年　　月　　日

分割調剤医薬品（ １　２　３　４　５　６　７ ）
交付日数　　日分

先発品に戻した場合、その変更理由
（　　）