



FAX 097-586-6119

大分大学医学部附属病院 薬剤部 宛

報告日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 疑義照会等事前同意プロトコル実施報告書

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

大分大学医学部附属病院 処方箋受付枚数	枚
疑義照会等事前同意プロトコル適用件数	件

※前月の件数について、毎月 10 日までにご報告をお願い致します。

疑義照会等事前同意プロトコルの問題点や改善点などがあれば、以下に記載して下さい。

保険薬局名称

住所

TEL :

FAX :

管理薬剤師 :