

処方変更申請書 () 回目

対象者名		ケース番号	—
担当 Dr		担当 CW	
補装具名			

変更項目

変更前	変更後	変更理由

追加・削除項目

区分	項目	変更理由
追加・削除		
追加・削除		
追加・削除		
追加・削除		
追加・削除		
追加・削除		
追加・削除		
追加・削除		
追加・削除		

追加か削除のどちらかに○をしてください

申請日 令和 年 月 日

事業所名	担当者	連絡先電話番号

注意事項

1. 個人情報が含まれるため、直接相談課の窓口へ提出してください。FAXで送付される場合は、対象者名は空白にして送付し、送付後しばらくしてから電話で対象者名を教えてください。
2. 処方変更申請をいただいた直近の担当 Dr の診察日に診てもらいますので数日かかる場合があります。
3. 大幅な変更がある場合は、再度、来所若しくは意見書の提出を求める場合があります。
4. 申請した内容が必ず認められるとは限りませんのでご注意ください。
5. 処方変更の結果は、電話で連絡しますので連絡先の電話番号と担当者名は必ずご記入ください。