

院 外 処 方 せ ん 疑 義 照 会 票 (ver.2)

宝塚市立病院 行 (FAX 0797-87-1474) 照会年月日 年 月 日

返信:()薬局様 FAX ()			
患者番号(ID)	男・女	処方せん 交付年月日	年 月 日
患者氏名	診療科		
	処方医名		
回答区分	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> (日 時まで) <input type="checkbox"/> その他()		
照会区分	1. 規格について 2. 用法・用量について 3. 処方変更について(副作用の発現、重複投与含む) 4. 調剤方法について 5. その他()		
照会内容	(当該処方せんも一緒にFAXお願いいたします)		
保険薬局 名称及び所在地			
電話・FAX番号	TEL	FAX	
保険薬剤師氏名			

保険薬局記載欄

回答年月日	年 月 日	回答者	
回答内容	1. 処方内容に変更はありません。そのまま調剤をお願いいたします。 2. 下記の内容に処方の修正、変更をお願いいたします。		

病院記載欄