



日本鋼管福山病院 薬剤科

FAX:084-940-5981

お急ぎの場合は FAX 後に連絡ください

事前合意された内容に関しては  
(様式1)を使用してください

# 疑義照会票

処方医: \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生御机下 報告日 20\_\_年\_\_月\_\_日

ID: _____ 患者イニシャル: _____ (生年月日:      年    月    日)	受付保険薬局情報 (名称、所在地、電話番号、FAX 番号)  担当薬剤師名: _____
---	--

処方箋中の下記の疑義に関して 回答をお願いします。

★回答希望時間	至急お願いします。	時    分迄にお願いします。	急ぎません。
処方箋交付日:    20    年    月    日	調 剤 日:    20    年    月    日		
疑義照会 内容記入欄 <input type="checkbox"/> 次頁に処方箋を FAX いたします。			

-----<以下病院回答欄>-----

<input type="checkbox"/> 処方箋のとおり调剂して下さい。	<input type="checkbox"/> 上記(薬局記載)の内容の通りに変更して下さい。					
<input type="checkbox"/> 下記薬剤を(追加 削除)して下さい。	<input type="checkbox"/> 下記(病院記載)の内容の通りに変更して下さい。					
内容記入欄						
確認者	薬剤師		回答時間	時    分	回答者	