

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



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 分までをお願いします	急ぎません
処方箋交付日: 20__年__月__日		調剤日: 20__年__月__日	
<input type="checkbox"/> ①同一成分の剤形変更 <input type="checkbox"/> ④錠剤等の分割・粉碎調剤 <input type="checkbox"/> ⑦週 1 製剤等の日数適正化	<input type="checkbox"/> ②同一成分の銘柄変更 <input type="checkbox"/> ⑤処方日数の調整 <input type="checkbox"/> ⑧外用薬の用法記載の補完	<input type="checkbox"/> ③複数規格の規格変更 <input type="checkbox"/> ⑥用法変更 <input type="checkbox"/> ⑨その他	
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"/> 処方箋のとおり調剤して下さい。 <input type="checkbox"/> 下記薬剤を (追加 削除) して下さい。	<input type="checkbox"/> 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 (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