

院 外 処 方 せ ん 疑 義 照 会 票 (ver.1)

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

保険薬局記載欄	返信:()薬局様 FAX ()		
	患者番号(ID)	男・女	処方せん 交付年月日
	患者氏名	平成 年 月 日	
		診療科	
	処方医名		
	回答区分	至急 (日 時まで) 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			

病院記載欄	回答年月日	平成 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。		