

兵庫県薬剤師会・兵庫県病院薬剤師会
疑義照会票

_____ 御中

(FAX : _____)

照会年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

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. 処方内容について (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			
保険薬局の所在地 及び名称 保険薬剤師氏名 電話番号、FAX 番号	TEL _____ FAX _____		

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。そのまま調剤してください。 2. 下記の内容に処方の修正、変更願います。		