

# 三友堂病院 処方せん疑義照会票

\*疑義照会は必ずFAXでお願いします\*

\*この疑義照会票と処方せんをいっしょに送信してください\*

薬剤部 FAX:0238-24-3732 TEL:0238-24-3730(直通)

受付時間:平日 8:30~17:15 (左記時間以外で緊急の場合はTELにて対応致します)

【お願い】“至急で対応が必要な場合”は、FAX送信後に、薬剤部へTELをお願い致します。

患者情報	患者ID		保険薬局情報	保険薬局名	
	患者氏名			電話番号	
	診療科			FAX番号	
	処方医			照会薬剤師名	
疑義照会日: 年 月 日 ( : )			処方せん発行日: 年 月 日		

照会区分	<input type="checkbox"/> 用法・用量	<input type="checkbox"/> 日数・回数	<input type="checkbox"/> 外用薬 部位など
	<input type="checkbox"/> 追加・削除依頼	<input type="checkbox"/> 調剤方法(一包化等)	<input type="checkbox"/> 副作用情報・重複投与 <input type="checkbox"/> その他
照会内容			

回答内容 ( <input type="checkbox"/> 処方医 <input type="checkbox"/> 院内薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 )	《電子カルテ修正 <input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未》
<input type="checkbox"/> 処方内容に変更はありません。処方通り調剤をお願いします。	
<input type="checkbox"/> 下記の内容に処方変更をお願いします	
(注) FAX 受付後の処理、運用記録は別紙を確認すること	