

# 院外処方箋疑義照会票

東濃厚生病院宛 FAX：0572－68－8654 照会年月日 令和 年 月 日

保険薬局情報	
保険薬局名	
薬剤師氏名	
電話番号	
F A X 番号	

患者情報	
患者 I D 番号	
患者氏名	様
診療科	科
処方医氏名	医師
処方箋発行日	令和 年 月 日

回答区分	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> ( 月 日 時まで) <input type="checkbox"/> その他 ( )
照会区分  該当する□に レ点記入	<input type="checkbox"/> 患者について <input type="checkbox"/> 薬品規格剤形について <input type="checkbox"/> 用法用量について <input type="checkbox"/> 投与日数について <input type="checkbox"/> 調剤方法について <input type="checkbox"/> 処方内容について（副作用の発現、重複投与を含む） <input type="checkbox"/> その他 ( )
照会内容	

回答年月日	令和 年 月 日	回答者
回答内容	<input type="checkbox"/> 処方内容に変更しません。そのまま調剤して下さい。 <input type="checkbox"/> 変更してください。 <input type="checkbox"/> 下記の処方を追加してください。 <input type="checkbox"/> その他	

注意事項 処方日17時まではFAXにて、それ以降であれば病院へ電話をお願いします。