



☆☆☆☆ **疑義照会** ☆☆☆☆

(注1) 疑義照会の内容は要点のみ記入。挨拶・依頼文は不要です。

(注2) 2枚以上の処方せんがある疑義照会の場合は、
処方せんは左右見開きでわかるようにFAXして下さい。

院外処方せん貼付箇所

★FAX 送信時にはこちら側に処方せんを置いて送信下さい★

送信日時	年 月 日 () 時 分		
処方せん 発行年月日	年 月 日 発行	照会区分 <small>※新規は記入しない</small>	至急・再度
患者ID			
患者氏名			
年齢	歳	性別	男・女
診療科名		処方医師名	
内 容	<input type="checkbox"/> 用法・用量 <input type="checkbox"/> 規格 <input type="checkbox"/> 処方追加・削除 <input type="checkbox"/> 重複投与 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 適応症 <input type="checkbox"/> 日数制限薬剤 <input type="checkbox"/> 調剤（一包化・半錠・粉碎）		
薬局名：住所 / TEL / FAX			薬剤師名
回 答	<input type="checkbox"/> 疑義照会の結果、下記の内容通り <input type="checkbox"/> 処方せん通りに調剤して下さい		
回答日時	年 月 日	時 分	回答薬剤師