



FAX 084-979-3599



脳神経センター大田記念病院  
診療技術部 薬剤課 御中

この疑義照会票 + 該当処方箋を  
同時に送信してください。

処方箋の患者氏名をマスキングしてください。

# 疑義照会票

[照会日時] 平成 年 月 日 / 時 分

- 疑義照会受付時間 平日・土曜 9:00~17:30
- 疑義照会は、ファックスでお願いいたします。「30分経過しても返信のない場合」は、恐れ入りますがお電話ください。

☎ 084-921-6233 [音声ガイダンス後、『2117』を押してください。]

処方箋発行日	平成 年 月 日	診療科名	
患者ID番号		担当医師名	
患者イニシャル			

回答区分  ①至急  ② 月 日の 時頃までに

照会	照会区分	<input type="checkbox"/> ① 規格に関して <input type="checkbox"/> ② 用法・用量に関して <input type="checkbox"/> ③ 処方変更に関して (重複投与、副作用の発現など) <input type="checkbox"/> ④ 調剤方法に関して <input type="checkbox"/> ⑤ その他	保険薬局名 照会薬剤師名 TEL FAX	
	照会事項			

回答	回答日時	平成 年 月 日 時 分	回答担当薬剤師名	
	回答	<input type="checkbox"/> ① 添付の処方箋通りに変更します。 <input type="checkbox"/> ② 処方内容は変更しません。 <input type="checkbox"/> ③ その他。		