

FAX送信先:徳島県立中央病院薬剤局 088-632-9160

送信日: 年 月 日

疑義照会連絡票

患者氏名		保険薬局名	
生年月日		保険薬局電話	
診療科		保険薬局FAX番号	
処方医師		薬剤師名	
処方箋 公布日	年 月 日		

疑義照会内容 ※診療科に必ず照会した後にFAXをお願いします。

照会内容	
☐ 用法・用量 ☐ 相互作用 ☐ 副作用 ☐ その他	☐ 禁忌 ☐ 同種同効薬重複 ☐ 処方薬の追加・削除・変更依頼
詳細記入欄	
院内薬剤師 確認印	