

FAX送信先:徳島県立中央病院 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<br>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                                                                                                                                                               |                                                                                                                                       |
| <div><input type="checkbox"/> 用法・用量</div> <div><input type="checkbox"/> 相互作用</div> <div><input type="checkbox"/> 副作用</div> <div><input type="checkbox"/> その他</div> | <div><input type="checkbox"/> 禁忌</div> <div><input type="checkbox"/> 同種同効薬重複</div> <div><input type="checkbox"/> 処方薬の追加・削除・変更依頼</div> |
| <div></div>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                       |
| 詳細記入欄                                                                                                                                                              |                                                                                                                                       |
| <div></div>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                       |
| <div>院内薬剤師<br/>確認印</div>                                                                                                                                           |                                                                                                                                       |