

院外処方箋疑義照会票

連絡先 FAX: 0480-53-7602

*疑義照会時は、記入漏れのないことを確認した上で、この票を上記連絡先にFAXをお願いします。

送信日時	年 月 日		
薬局名			
電話番号		FAX番号	
担当者名			
患者ID (氏名欄右上に記載されています)		患者名	
処方箋交付日	年 月 日		
診療科	科	医師名	医師
疑義照会内容区分	下記をスクロールして該当する内容区分を選択してください。		
以下、Ⅰ～Ⅲの照会内容に該当する場合は合わせてご記入をお願いします。			
Ⅰ)外用薬の部位や用法について、照会前に聴取できた内容			
Ⅱ)患者希望か。そうでない場合、患者への同意の有無			
Ⅲ)以前、同様の疑義をされている場合はその有無			
疑義照会内容 (以下の空欄にできるだけ簡潔にわかりやすくお願いします。)			
回答内容			
以下の該当する番号をお選びトークにて返信下さい。 尚、補足したい内容がありましたら合わせてトークに追記下さい。 1.処方変更なし。 2.問い合わせ内容通り修正、変更して下さい。 3.日数変更して下さい。 4.増量して下さい。 5.減量して下さい。 6.中止して下さい。 7.その他			