

医療法人大植会葛城病院 院外処方せん疑義照会票

令和 年 月 日

患者ID	男・女	処方せん交付 年月日	令和 年 月 日
患者氏名	様	診療科	
		処方医	
回答区分	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> (日 時まで) <input type="checkbox"/> その他		
照会区分	1. 規格について 2. 用法・用量について 3. 処方内容について（副作用の発現、重複投与含む） 4. 調剤方法について 5. 保険について 6. その他		
照会内容	<input type="checkbox"/> 添付の処方箋の記載を参照してください		
保険薬局名 所在地 電話 FAX 担当薬剤師名			

 回答欄

回答年月日	令和 年 月 日	回答者	
回答内容	<input type="checkbox"/> 処方内容に変更はありません。そのまま調剤してください <input type="checkbox"/> 問い合わせ内容の通りでお願いします <input type="checkbox"/> 変更してください <input type="checkbox"/> 増量してください <input type="checkbox"/> 減量してください <input type="checkbox"/> 削除してください <input type="checkbox"/> 追加してください		
補足内容			

疑義照会はFAXにて、この照会表を葛城病院 薬局または医事課までご送付下さい。

薬 局 FAX072-422-9941

医事課 FAX072-422-9919