

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	科
		処方医	医師
回答区分	☐ 至急 ☐ (日 時まで) ☐ その他		
照会区分 該当する番号 を○で囲んで ください。	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（照会票は医事課宛に送付下さい） 6. その他		
照会内容			
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	☐ 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 ☐ 問い合わせ内容の通りでお願いします ☐ 変更してください ☐ 増量してください ☐ 減量してください ☐ 削除してください ☐ 追加してください		
補足内容			

疑義照会はFAXにて、この照会票を葛城病院薬局または医事課までご送付下さい。
薬 局 FAX：072-422-9941
医事課 FAX：072-422-9919
当院からの回答時は、患者IDおよび氏名の一部を消去・匿名化した上で返送させていただきます。