

疑義照会票

照会 年月日：令和 年 月 日

高砂市民病院薬局 御中
(FAX 079-442-7861)

保険薬局名
照会薬剤師名
TEL番号
FAX番号

患者ID番号		処方箋発行日	
患者氏名		外来診療科	
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 (○で選択)	1, 規格について 2, 用法・用量について 3, 処方変更について (副作用の発現、重複投与を含む) 4, 調剤方法について 5, その他 ()		
照会内容			

回答年月日	令和 年 月 日	受付者	
回答内容	1, 添付の修正済処方箋 (写し) のとおりに、変更します。 2, 処方内容は、変更しません。そのまま調剤してください。 3, その他、 医師名		

高砂市民病院：079-442-3981 (代表)