

疑義照会用紙

(市立敦賀病院用)

Ver2.1

FAX番号: 0770-22-3643(薬剤部直通)

令和 年 月 日

処方日	令和 年 月 日	保険薬局名	
		電話番号/FAX	
患者ID		年齢	
		担当薬剤師	
		診療科	
		処方医	

緊急度	<input type="checkbox"/> 直ちに <input type="checkbox"/> 今日中 <input type="checkbox"/> その他()
-----	---

問い合わせ内容	【詳細】
<input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	
<input type="checkbox"/> 用法・用量	
<input type="checkbox"/> 日数	
<input type="checkbox"/> 重複薬	
<input type="checkbox"/> 相互作用(禁忌含む)	
<input type="checkbox"/> 副作用	
<input type="checkbox"/> 薬剤変更	
<input type="checkbox"/> 薬必要・不要	
<input type="checkbox"/> 一包化	
<input type="checkbox"/> 検査値	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

【回答】	
	回答薬剤師印