

疑義照会用紙(残薬調整用)

市立敦賀病院用

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 / 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 ()
-----	--

残薬調整依頼内容 (投薬日数より残薬日数が多い場合でも、「希望日数」を1日以上にします。)

いつもお世話になります。本日残薬を持参されましたので調整をお願いいたします。

単位は日数または回数です。変更が必要な薬剤のみ記入してあります。よろしくお願いいたします。

薬品名	用法・用量	処方日数	-	残薬日数	=	希望日数

残薬発生理由:

【回答】	回答薬剤師印
------	--------