

院外処方箋疑義照会票

照会年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者ID		患者名			
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	性別 男・女

下記の内容について疑義照会します。

照会内容	1. 医薬品名・規格・剤型	2. 投与日数
	3. 用法・用量	4. 麻薬施用者番号
	5. 重複投与・併用禁忌・配合禁忌	6. 一包化（指示・削除）
	7. アレルギー・副作用歴・禁忌疾患	8. 処方（追加・削除）
	9. その他（ ）	* 該当する所を○で囲んで下さい。
具体的な内容		
回答内容		
保険薬局名		
電話番号		
FAX番号		
照会薬剤師		

〔注意事項〕

- ・ 疑義照会は必ずファックスで行ってください。
- ・ 照会時には、この疑義照会票及び処方箋を送信してください。
- ・ 受付は、平日の8:30から17:15です。土曜日及び日曜日、祭日は受け付けておりません。

* 薬剤に関するファックスでの照会
FAX番号：0581-32-9555(外来受付)

岐阜・西濃医療センター 岐北厚生病院