ここに処方せんを

置いてＦＡＸしてく

ださい

長野県立信州医療センター　院外処方せん疑義照会票

疑義照会は、この照会票と院外処方せんを当院薬剤科まで送信してください。

ＦＡＸ番号　０２６－２４６－５５３４

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 照会日時 | 年　　　　月　　　　日 | | 時　　分 |
| 保険薬局名 | 薬局　　　　緊急性　　有り　　無し | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 薬剤師名 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 患者ＩＤ |  |
| 疑義内容（変更・追加・削除・確認・一包化）　　　照会元（患者・薬局）  注：「患者氏名」「患者ＩＤ」欄は、処方せんを送信する場合は記入不要です。 | | | |

＜薬局様へ　以下は、記入しないでください。＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 回答日時 | 年　　　　月　　　　日 | 時　　分 |
| 回答内容  　医師に確認したところ、処方せんのままで良いとのことだった。  　　　　　　　　　　　　（患者・薬局）の指摘通りだったので、  処方せんの内容を（　薬品　変更・追加・削除　）  （　用量変更・用法変更・日数追加　）した。  担当 | | |