兵庫県薬剤師会・兵庫県病院薬剤師会

疑　義　照　会　票

公立豊岡病院　御中

（FAX：　0796-22-0939　）

照会年月日：　年　月　日

患者番号（ID）	男 ・ 女	処方せん交付年月日	年　月　日
患 者 氏 名		診 療 科	
		処 方 医 名	
回 答 区 分	□ 至急　□（　日　時まで）　□ その他（　）		
照 会 区 分 該当する番号を○で囲んでください。	1．規格について 2．用法・用量について 3．処方内容について（副作用の発現、重複投与含む） 4．調剤方法について 5．その他（　）		
照 会 内 容			
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名 電話番号、FAX 番号			

回 答 年 月 日	年　月　日	回 答 者	
回 答 内 容	1．処方内容に変更はありません。そのままで調剤してください。 2．下記の内容に処方の修正、変更願います。		