

送信日 令和 年 月 日

疑義照会結果報告書

FAX:076-475-7997

厚生連滑川病院 薬剤部 御中

患者氏名		患者番号	
診療科		処方医師	
処方日	令和 年 月 日	疑義照会日	令和 年 月 日
照会区分	<input type="checkbox"/> 用法・用量	<input type="checkbox"/> 日数・回数	<input type="checkbox"/> 外用薬 部位等
	<input type="checkbox"/> 追加・削除依頼	<input type="checkbox"/> 副作用	<input type="checkbox"/> 調剤方法(一包化等)
	<input type="checkbox"/> 重複投与	<input type="checkbox"/> 相互作用	<input type="checkbox"/> その他
【疑義照会内容】			
【処方医師からの返答内容】			
保険薬局名			
担当薬剤師			
住所			
電話番号			
FAX 番号			

FAX の流れ: 保険薬局→薬剤部→カルテ取込→処方医師