

南生協病院医師宛疑義照会用紙



疑義照会FAX番号 052-625-0547(通常) TEL:052-625-0373(代表)
疑義照会FAX番号 052-625-0519(救急外来) 保険等の問い合わせは医事課

年 月 日 時 分

* 問い合わせ先診療科に○を付けてください。

内科・外科・脳外科・整形外科・泌尿器科・皮膚科
産婦人科・耳鼻科・眼科・小児科・透析室

医師宛

患者ID;

患者氏名;

様

- 患者様が追加・削除希望
- 一日量が過大
一回量が過少
- 用法・使用部位の不備
- 日数の過・不足
- 副作用歴・アレルギー歴あり
- 同種・同効薬の重複
- その他

【疑義照会内容】

薬品銘柄の変更連絡

用量規格・剤型の変更連絡

⇒これら変更はお薬手帳へ記載

薬局名

薬剤師名

* 店舗名も忘れず記載して下さい。

FAX番号

TEL

返信欄

時 分 返信者

- 処方を変更

[Empty box for prescription change details]

- 変更なし

理由:

[Empty box for reason of no change]

- 連絡事項

[Empty box for contact items]