社会医療法人大雄会　大雄会第一病院

院外外来処方箋 問い合わせ票

住所：

薬局名：

TEL： FAX：

患者ID：　　　　　　生年月日：　　　年　月　日　患者氏名：

診療科：　　　　　　　処方医名：

【疑義照会の内容】（送信日時：　　月　　日　　時　　分）

30分以上返答がない場合は、電話でご連絡ください。

《疑義照会の種類》

* 用法　 □ 用量　 □ 一包化　 □ 処方日数　 □ 患者要望　 □ その他

（薬剤変更は、他薬局からも入手困難で紹介等もできない場合のみとしてください。）

《内容》

問い合わせ薬剤師氏名：

【回答】

□ そのまま調剤してください（医師確認済み）

□ 問い合わせ内容の通りでいいです

□ 日数変更してください

□ 増量してください

□ 減量してください

□ 中止してください。

□ その他（以下、記載内容参照）

回答薬剤師氏名：

【問い合わせ先】

　　社会医療法人大雄会 大雄会第一病院 薬剤部

 FAX受付時間：平日 8:30～17:15 土曜 8:30～12:30

FAX：0586-26-2014

（緊急時）疑義照会・DI専用携帯：070-6972-9302

（FAX受付時間外）疑義照会・DI専用携帯（総合病院）：070-6576-8137