

平成記念病院 薬剤部

FAX:0744-29-3352

疑義照会票

| | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------|-------|-------|
| 患者ID | | 処方日 | | 診療科 | |
| 患者氏名 | | 生年月日 | | 処方医 | 医師 |
| 疑義照会内容 <input type="checkbox"/> 日数・回数・総数の過不足 <input type="checkbox"/> 長期投与不可 <input type="checkbox"/> 処方の（・追加 ・削除 ・変更）依頼 <input type="checkbox"/> 用法用量 <input type="checkbox"/> 使用部位 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 同種同効品の重複 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | 保険薬局 名称： 住所： TEL： FAX： | | | |
| | | 保険薬剤師： 印 | | | |
| | | 送信枚数 枚（処方せんを含む） | | | |
| 詳細内容記入欄： | | | | | |
| 【保険薬局使用欄】 残薬調整を行った場合下記回答をお願いします 残薬理由 <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 飲む量や回数が間違っていた <input type="checkbox"/> 別の医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> その他 上記選択の詳細 { } | | | | | |
| 【病院使用欄】 | | 対応薬剤師 | 医師（クラーク） | 医事課会計 | 院内薬剤師 |
| <input type="checkbox"/> システム | | | | | |