

疑義照会票

処方医： _____ 科 _____ 先生 _____ 照会日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

保険薬局記載欄	患者 ID	保険薬局名	
	患者氏名	担当薬剤師名 TEL FAX	
	疑義照会分類	<input type="checkbox"/> 一包化指示に関して <input type="checkbox"/> 残薬に関して <input type="checkbox"/> 用法用量に関して	<input type="checkbox"/> 検査値に関して <input type="checkbox"/> コメントに関して <input type="checkbox"/> 患者の申し出 <input type="checkbox"/> その他
	患者状況	<input type="checkbox"/> FAX のみで未来局 <input type="checkbox"/> 薬局内で待機	<input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
疑義照会内容			

病院薬剤部記載欄	照会回答	<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし 備考 _____	
	照会区分	<input type="checkbox"/> 処方変更 <input type="checkbox"/> 用法・用量 <input type="checkbox"/> 日数・回数 <input type="checkbox"/> 追加依頼 <input type="checkbox"/> 削除依頼 <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 禁忌・慎重 <input type="checkbox"/> 一包化依頼 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> その他	
	回答者	_____	修正済み