

記入日： 年 月 日

- 八尾市立病院 八尾徳洲会総合病院
 医真会八尾総合病院 医真会総合クリニック 安中診療所

疑義照会用紙【八尾薬薬連携版】

疑義照会は必ずFAXにて、この用紙と処方箋をご送付ください。

処方医： 科 <div style="text-align: right; padding-right: 50px;">先生 御机下</div>	保険薬局 名称（所在地・電話番号・FAX 番号）
患者番号： 患者氏名：	担当薬剤師名：

内 容	
処方箋交付日： 年 月 日	調剤日： 年 月 日
<input type="checkbox"/> プロトコルに基づく変更 <input type="checkbox"/> 日数・回数・総数の過不足 <input type="checkbox"/> 投与日数(長期投与)の確認 <input type="checkbox"/> 処方薬の（ 追加 削除 変更 ）の依頼・提案（残薬調整に基づかない） <input type="checkbox"/> 用法・用量・服用時点の確認 <input type="checkbox"/> 使用部位の確認 <input type="checkbox"/> 処方意図の確認 <input type="checkbox"/> 同種同効薬の重複の確認 <input type="checkbox"/> 相互作用の確認 <input type="checkbox"/> 保険関係(公費等)の確認	
詳細記入欄	

回答日： 年 月 日

回 答							
<input type="checkbox"/> プロトコルに基づく変更を確認しました。 <input type="checkbox"/> 処方箋のとおり調剤してください。 <input type="checkbox"/> 上記の内容のとおりに変更してください。 <input type="checkbox"/> 下記薬剤を（ 追加 削除 ）してください。 <input type="checkbox"/> 下記の内容のとおりに変更してください。							
詳細記入欄							
医 師		薬 剤 師		医事会計		そ の 他	