

市立東大阪医療センター 疑義照会用紙

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。 FAX:06-6789-7765

保険薬局名				薬局 FAX 番号	
薬剤師名	処方せん 交付日	年	月	日	薬局 電話番号
患者氏名	患者 ID				診療科名

□プロトコルに基づく変更

合意事項① 合意事項② 合意事項③ 合意事項④ 合意事項⑤ 合意事項⑥ 合意事項⑦

□疑義照会

一包化 用法・用量 処方日数・回数・総数の過不足 使用部位
処方薬の(追加 削除 変更) その他

詳細記入欄

回答

プロトコルに基づく変更を確認しました。(合意事項⑦以外は、次回以降、疑義照会不要です。)

処方医に確認しました。

処方せんの記載通り調剤して下さい。(変更なし)

上記の内容の通りに変更して下さい。

下記の通りに変更して下さい。

詳細記入欄

薬剤師