院外処方せん疑義照会連絡票

照会年月日　　年　月　日

FAX:0771-42-5791

保険薬局記載欄	保険薬局名称		保険薬剤師氏名	
	TEL番号		FAX番号	
	患者番号(ID)	男・女	処方せん 交付年月日	年　月　日
	患者氏名		診療科	
			処方医名	
	回答区分	□至急　□（　日　時まで）□その他（　）		
	照会区分	1. 規格について 2. 用法･用量について 3. 処方変更について（副作用の発現、重複投与含む） 4. 調剤方法について 5. その他（　）		
	照会内容	(処方せんも一緒にFAXをお願いします)		

病院記載欄	回答年月日	年　月　日	回答者/修正者	
	回答内容	1.　処方内容に変更はありません。そのままで調剤をお願いいたします。 2. 下記の内容に処方の修正、変更をお願いいたします。		

受付時間月～金8:30～17:00（祝祭日を除く）　京都中部総合医療センター薬剤部