

様式1)

延岡市医師会病院院外処方箋疑義照会用FAX用紙

* この用紙と処方箋を同時にFAX送信してください。 延岡市医師会病院FAX番号 0982-33-0155

日付	年	月	日
薬局名		担当者ご氏名	
薬局電話番号		薬局FAX番号	
患者名		患者ID	(処方箋左上6桁)
処方医師名		患者生年月日	M T S H 年 月 日

疑義照会内容(できるだけ簡潔にわかりやすくご記入ください。)

回答欄

回答者名	回答年月日	年	月	日
回答内容 <input type="checkbox"/> 変更しない。処方箋通りに調剤してください。 <input type="checkbox"/> お問い合わせの通りに変更してください。 <input type="checkbox"/> 日数変更してください。 <input type="checkbox"/> 増量してください。 <input type="checkbox"/> 減量してください。 <input type="checkbox"/> 中止してください。 <input type="checkbox"/> その他(詳細・補足説明参照)	* 病院使用欄 <input type="checkbox"/> オーダリング入力未 <input type="checkbox"/> オーダリング入力済 <input type="checkbox"/> その他			
	担当看護師サイン			
薬剤科確認				
詳細・補足説明				

* 緊急の場合はFAX送信したことを0982-32-8100(直通)または0982-21-1302(代表)までご連絡下さい。