



八尾徳洲会総合病院 疑義照会用紙【八尾薬薬連携版】

疑義照会は必ずFAXにて、この用紙と処方せんを八尾徳洲会総合病院までご送付ください。

疑義照会：FAX 072-993-8952 保険等：FAX 072-990-3038

保険薬局名			処方せん 交付日	年	月	日
薬剤師名		薬局 FAX番号		薬局 電話番号		
患者番号		患者氏名		診療科名 医師名		
内 容						
<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"/> 長期投与不可 <input type="checkbox"/> 処方薬の（追加 削除 変更）依頼 <input type="checkbox"/> 用法・用量・服用時点 <input type="checkbox"/> 使用部位 <input type="checkbox"/> 処方意図確認 <input type="checkbox"/> 同種同効薬の重複 <input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> アレルギー・副作用 <input type="checkbox"/> 保険関係 <input type="checkbox"/> その他						
詳細記入欄						

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。次回以降、疑義照会不要です。 <input type="checkbox"/> 処方せんのとおり调剂してください。 <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