

院外処方箋疑義照会用FAX用紙

济生会栗橋病院FAX番号:0480-53-0668

*疑義照会時は、この用紙と同時に処方箋のFAXも送信して下さい。そちらに照会内容を記載していただいても結構です。

日付	年 月 日		
薬局名			
電話番号			
FAX番号			
住所			
担当者名			
患者ID(氏名欄右上に記載されています)		患者名	
処方箋発行日	年 月 日		
診療科	科		
医師名	医師		
疑義照会内容(できるだけ簡潔にわかりやすくお願いします。)			
<input type="checkbox"/> 添付の処方箋を参照して下さい			

回答欄

回答者名		回答年月日	年 月 日
回答内容			
<input type="checkbox"/> そのまま調剤してください(DrOK)。			
<input type="checkbox"/> 問い合わせ内容の通りでいいです。			
<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。			
詳細・補足内容			

◆注意事項◆

・FAX対応時間は平日の9時～17時までとなります。それ以外は薬剤科での対応となります。その際は電話とFAXの両方をお願いします。

・FAX番号:通常と同じ番号です。 TEL:0480-52-3611(代表)

・保険に関するお問い合わせはこの用紙では受け付けられません。当院医事課までご連絡下さい。

・医事課電話番号:0480-52-6672