

疑義照会票

西宮市立中央病院 御中

照会年月日： 年 月 日

患者ID番号		処方せん発行日	
患者イニシャル		外来診療科(主治医)	
回答区分	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> (日 時まで) <input type="checkbox"/> 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、重複投与を含む) 4 調剤方法について 5 その他 () *該当する項目を○で囲んで下さい		
照会内容			
保険薬局名 電話番号 FAX番号 照会薬剤師名			

指示等

回答年月日	年 月 日	回答者	
回答内容			
備考			

[注意事項]

- ・処方内容に関する疑義照会は必ずFAXで行って下さい。
- ・照会時には、この疑義照会票および処方せんを送信して下さい。
- ・処方せんの患者氏名は、判読できないようにして下さい。
- ・受付は、平日の8時30分から17時までです。

西宮市立中央病院 代表電話番号：0798-64-1515

薬剤部FAX番号：0798-66-8823