

送信日 月 日

病院 様

疑義照会連絡用紙

* 次の処方箋において以下の点について疑義がありますので照会させていただきます

薬局名

TEL () -

FAX () -

《疑義照会項目》	処方日	月	日	科	先生
	患者ID			患者氏名	
	詳細内容				
	担当薬剤師				
1.. 薬品名確認					
2. 薬品規格確認					
3. 用法確認					
4. 用量確認					
5. 投与日数確認					
6. 長期投与不可					
7. 処方もれ					
8. 重複投与					
9. 相互作用					
10. 使用期限確認					
11. その他	送信	:	⇒	受信	:

回 答

病院回答者

病院FAX担当者