

疑義照会票

2016年9月現在

○で囲む	診療科 ・ 薬剤部 ・ 医事課	至急 ・ 本日中 ・ 回答出来しだい (明日以降可)										
患者 ID番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											発信時刻 平成 年 月 日 時 分
患者 氏名	様 男・女	診療科 科										
生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	担当 医師名 先生										
薬局名		薬剤師 氏名										
薬局 所在地		TEL () -										
		FAX () -										

内容 : 1. 処方薬 2. 用法・用量 3. 長期投与不可 4. 保険関係 5. 患者情報 6. その他 (○で囲む)

標題 _____ (内容は、簡潔・明瞭に簡条書きにしてください。)

※ 処方内容問い合わせの場合、必ず処方箋のコピーを添付すること。

回答

回答者サイン