

# 疑義照会票

出雲市民リハビリテーション病院 小児科 宛  
(FAX:0853-24-2906)

照会年月日: 年 月 日

患者氏名	男・女	処方箋交付 年月日	年 月 日
生年月日		処方医名	
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 該当する番号を○で 囲んでください。	1. 規格について 2. 用法・用量について 3. 処方内容について(副作用の発現、重複投与含む) 4. 調剤方法について 5. その他( )		
照会内容			
保険薬局の所在地 及び名称 保険薬剤師氏名 電話番号、FAX 番号			

回答者	回答年月日	年 月 日
回答内容	1. 処方内容に変更はありません。そのまま調剤してください。 2. 照会の通り、変更願います。 3. 下記の内容に処方の修正、変更願います。	

対応時間:月～金曜 9:00～17:00 ※時間外の問い合わせは、翌営業日以降に対応します。

FAX を送信された際には、電話にて受取とおおよその回答時間の確認をお願いします。上記対応時間内でも医師が不在の場合もございますので、ご了承ください。

FAX を送信する際、誤送信することがないようご注意ください。