

院外処方せん * 疑義照会結果票

* 当センターへの疑義照会は、電話 047-351-3101 (代) にお願致します *

もしも繰り返し同じ内容で疑義照会しているなど、疑義照会後に当センターへ連絡したいことがありましたら、この照会結果票と院外処方せんを東京ベイ・浦安市川医療センターまで FAX で送付ください。カルテ記載の修正を確認するように致します。FAX 番号 047-304-9191 (薬剤室直通)

* 左の処方せんに記載のある事項は、以下の同じ事項を省略してもかまいません。

ここに処方せんを置いて FAX してください。

照会日時	年	月	日	時	分
保険薬局名	薬局 店				
電話番号	FAX 番号				
薬剤師名					

患者氏名					
患者生年月日	T・S・H	年	月	日	処方せん交付年月日 年 月 日
保険医氏名	診療科				
疑義内容 (変更・追加・削除・一包化) 照会元 (患者・薬局)					

◆ 下記の欄は、東京ベイ・浦安市川医療センターにて記入します。

対応者	医師	薬剤師	疑義照会内容 修正済の確認	処方修正	医師事務	備考

※ 対応者に該当するものがいない場合には×を記入すること