



### 八尾市立病院 疑義照会用紙【八尾薬薬連携版】

疑義照会は必ずFAXにて、この用紙と処方せんを八尾市立病院までご送付ください。

疑義照会：FAX 072-922-0758 保険等：FAX 072-922-0849

保険薬局名				処方せん 交付日	年	月	日
薬剤師名		薬局 FAX番号		薬局 電話番号			
患者番号		患者氏名		診療科名 医師名			
内 容							
<input type="checkbox"/> プロトコルに基づく変更 <input type="checkbox"/> 日数・回数・総数の過不足 <input type="checkbox"/> 長期投与不可 <input type="checkbox"/> 処方薬の（追加 削除 変更）依頼 <input type="checkbox"/> 用法・用量・服用時点 <input type="checkbox"/> 使用部位 <input type="checkbox"/> 処方意図確認 <input type="checkbox"/> 同種同効薬の重複 <input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> アレルギー・副作用 <input type="checkbox"/> 保険関係 <input type="checkbox"/> その他							
詳細記入欄							

年 月 日

回 答							
<input type="checkbox"/> プロトコルに基づく変更を確認しました。次回以降、疑義照会不要です。 <input type="checkbox"/> 処方せんのとおり调剂してください。 <input type="checkbox"/> 上記の内容のとおり変更してください。 <input type="checkbox"/> 下記薬剤を（追加 削除）してください。 <input type="checkbox"/> 下記のとおり変更してください。							
詳細記入欄							
医師		薬剤師		医事会計		その他	