

# 処方内容問い合わせ票（御前崎病院用）

PM4時30分まではFAXコーナー（0537-85-7301）

時間外は病院にTEL（0537-86-8511）

時間外に照会した場合は、照会内容を翌日FAXしてください

<回答> 至急 本日中 回答でき次第 回答不要

<患者情報>			
ID		氏名	
		生年月日	

<問い合わせ>			
日時			
診療科			
医師名			
薬局名		電話番号	
薬剤師		FAX番号	
内容			
サイン			

<回答>			
日時			
診療科			
医師名			
内容			
Drサイン			

## 処方箋添付欄

<疑義照会における注意事項>

- ・ A4サイズの紙の左に「処方内容問い合わせ票」、右に「処方箋」を添付してFAXしてください。

問い合わせ票	処方箋
--------	-----

- ・ 「処方内容問い合わせ票」の回答欄にはいくつかDrが答えやすい回答例を記載してください。
- ・ 回答例には必ずその他を入れてください。

（回答記入例）

〇〇の薬の件で1日量が多い為、確認をお願いします。 ○で囲って下さい。 2.中止 3.変更⇒（変更内容） 4.その他
--