

濟生会日向病院院外処方箋疑義照会用紙

緊急性	有り	・	無し
-----	----	---	----

患者氏名			
患者ID			処方箋発行番号
処方医名		科	先生

薬局名			
電話番号	()		—
F a x 番号	()		—

疑義照会事項（調剤薬局）

処方内容
照会事項
令和 年 月 日 薬剤師

疑義照会回答（濟生会日向病院薬局）

上記の件につきましては、下記の対応をお願いします。
令和 年 月 日 薬剤師

上記の件につきまして、カルテ、処方オーダの変更を実施しました。
令和 年 月 日 医師