

【社会医療法人杏嶺会 一宮西病院】
院外外来処方箋 問い合わせ票

住所：
薬局名：
TEL： FAX：

患者ID： _____ 患者氏名： _____

診療科： _____ 処方医名： _____

【疑義照会内容】（送信日時： _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分）

30分以上返答がない場合は、電話でご連絡ください。

《疑義照会の種類》

用法 用量 一包化 処方日数 患者要望 その他

薬剤変更依頼は、卸・他薬局から入手困難で、他薬局を紹介できない場合のみとしてください。

医事関係の疑義は、代表番号より医事課へお問い合わせください。

《内容》

対応者： _____

【回答】（返信日時： _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分）

そのまま調剤してください(医師確認済み)

問い合わせ内容の通りでよいです

日数変更してください

増量してください

減量してください

中止してください。

その他(以下、記載内容参照)

対応者： _____

【問い合わせ先】

社会医療法人杏嶺会 一宮西病院 薬剤科

受付時間：平日 9:00~17:00 土曜 9:00~15:00

薬剤科TEL：0586-48-0070（内線：2400）

DI担当者：

FAX：0586-48-0032