

院外処方箋疑義照会票・後発医薬品変更連絡票

疑義照会および後発医薬品への変更等の情報提供については、下記に記入の上、処方内容(控え)を添付し、FAXにて高松市立みんなの病院 薬剤局までご送付ください。

FAX 番号 087-813-9989

※平日 17 時 15 分以降、土曜日・日曜日・祝日の疑義照会の場合、お手数ですが電話連絡した上で疑義照会の FAX をお願いします。

電話番号 087-813-7171

患者氏名		生年月日	年 月 日
処方医師名		引換番号	

(※□をレ点および○で囲った上で記載してください。)

<input type="checkbox"/> 疑義内容(変更・追加・削除・確認・一包化等)				<input type="checkbox"/> 後発品変更内容(変更前後の品名・規格)	
保険薬局名		FAX 番号		照会日時 月 日 時 分	
薬剤師名		電話番号			

以下は高松市立みんなの病院で記入します。

回答内容					
回答日時 月 日 時 分	薬剤師	記事入力	処方修正	医事連絡	備考