長野県立木曽病院　院外処方箋疑義照会票

照会日時	年　月　日　時　分		
処方日	年　月　日		
患者ＩＤ		薬局名	
患者氏名		電話番号	
診療科		ＦＡＸ番号	
処方医		薬剤師氏名	
患者の同意	照会に関する患者の同意を　□得た　□得ていない 自己負担額が増加する場合の患者の同意を　□得た　□得ていない この情報を伝えることに対する患者の同意を　□得た　□得ていない		
医師への照会	□あり　・　□なし（プロトコールに基づく変更）		

疑義照会内容

□医薬品　□用法　□用量　□規格・剤形　□処方日数、全量

□処方追加・削除　□その他（　　）

回答・変更内容　回答者　□主治医　□その他（　　）

※残薬調整の場合は、以下もご記入ください。

残薬の理由（複数回答可）

□飲み忘れ　□服用量、服用回数の間違い　□自己判断

□その他（　　）

指導内容・処方変更等提案事項

長野県立木曽病院薬剤部　FAX：0264-22-3594