河北総合病院 / 河北総合病院 分院 / 河北ｻﾃﾗｲﾄｸﾘﾆｯｸ

薬局 → 薬剤科 → 主治医局

FAX : 河北総合病院薬剤科　03-3339-9107

河北透析ｸﾘﾆｯｸ / 河北ﾌｧﾐﾘｰｸﾘﾆｯｸ南阿佐谷　　　　　　御中 報告日：　　　年　　月　　日

**疑義照会実施報告書**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 薬局名：  住　所： |
|  |
| 電話番号： |
| FAX番号： |
|  | 担当薬剤師名： |

処方箋に基づき、疑義照会を実施しました。下記の通り、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID： | 診療科： |
| 患者氏名： | 処方医： |
| 処方箋発行日：　　　年　　月　　日 | 調剤日：　　　年　　月　　日 |
| 疑義内容・医師の回答： | |
| 処方箋添付あり | |

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID： | 診療科： |
| 患者氏名： | 処方医： |
| 処方箋発行日：　　　年　　月　　日 | 調剤日：　　　年　　月　　日 |
| 疑義内容・医師の回答： | |
| 処方箋添付あり | |

（注意）緊急性がない場合は、週単位、月単位でまとめて送付ください。

（2023年10月作成）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID： | 診療科： |
| 患者氏名： | 処方医： |
| 処方箋発行日：　　　年　　月　　日 | 調剤日：　　　年　　月　　日 |
| 疑義内容・医師の回答： | |
| 処方箋添付あり | |

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID： | 診療科： |
| 患者氏名： | 処方医： |
| 処方箋発行日：　　　年　　月　　日 | 調剤日：　　　年　　月　　日 |
| 疑義内容・医師の回答： | |
| 処方箋添付あり | |

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID： | 診療科： |
| 患者氏名： | 処方医： |
| 処方箋発行日：　　　年　　月　　日 | 調剤日：　　　年　　月　　日 |
| 疑義内容・医師の回答： | |
| 処方箋添付あり | |

（注意）緊急性がない場合は、週単位、月単位でまとめて送付ください。

（2023年10月作成）