



河北総合病院 / 河北総合病院 分院 / 河北サライトクリニック

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：	
<input type="checkbox"/> 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：	
<input type="checkbox"/> 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。

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：	
<input type="checkbox"/> 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：	
<input type="checkbox"/> 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：	
<input type="checkbox"/> 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。