

原こども医院処方箋を置く側

疑義照会(→FAX025-210-5611)

該当する□の全てにレ点を入れてください

2枚以上の処方箋のときは
Rp部分を全て添付してください(別頁など)

原因・契機

- | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 同種同効薬の重複 | <input type="checkbox"/> 薬剤管理サマリ | <input type="checkbox"/> 相互作用 |
| <input type="checkbox"/> 残薬のバラつき | <input type="checkbox"/> 必要な情報の不足 | <input type="checkbox"/> 検査値 |
| <input type="checkbox"/> 保険適応の逸脱(用法用量) | <input type="checkbox"/> 禁忌・慎重投与 | <input type="checkbox"/> 在庫状況 |
| <input type="checkbox"/> 日数制限 | <input type="checkbox"/> アレルギー・副作用 | <input type="checkbox"/> その他 |

変更内容

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 処方の追加 | <input type="checkbox"/> 調剤方法変更(一包化・粉碎・混合) |
| <input type="checkbox"/> 規格剤型変更 | <input type="checkbox"/> コメント追加 |
| <input type="checkbox"/> 日数・全量変更 | <input type="checkbox"/> 成分名同一の銘柄変更 |
| <input type="checkbox"/> 用法用量変更 | <input type="checkbox"/> その他 |

詳細記入欄

必ず照会内容に対応する部分の処方箋のコピーを左側に添付してください。

薬局名/薬剤師/住所/TEL/FAX

電話返信回答希望

FAX返信回答希望