

## 病院 連絡票

FAX受付時間：平日\_\_時 - \_\_時，FAX番号：\_\_ - \_\_ (薬剤部)

☞ 該当する連絡内容に印を付け、太枠内を記載して下さい。

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| 1. 疑義照会報告 | 2. 後発医薬品変更報告    |
| 3. 副作用報告  | 4. その他(質問, 要望等) |

連絡日 年 月 日

診療科名	科	保険薬局名	薬局
処方医	先生	薬剤師名	(印)
患者氏名	様 男 女	保険薬局 電話番号	
患者ID		保険薬局 FAX番号	
生年月日	年 月 日	処方箋発行日	年 月 日

薬剤名	
-----	--

報告内容 または 疑義内容	
---------------------	--

疑義結果 (変更点)	疑義照会の場合、下記分類を選択した上で、変更内容を記載して下さい。 <input type="checkbox"/> 薬剤(不要・追加等) <input type="checkbox"/> 成分・薬効重複 <input type="checkbox"/> 禁忌・相互作用等 <input type="checkbox"/> 調剤関連(一包化等) <input type="checkbox"/> 用法・用量 <input type="checkbox"/> 処方日数 <input type="checkbox"/> 副作用・アレルギー <input type="checkbox"/> 保険適応関連 <input type="checkbox"/> その他(                    )
---------------	--