

神戸労災病院処方箋内容疑義照会用紙

年 月 日 午前・午後 時 分

患 者 I D		薬 局 名	
(フリガナ) 患 者 氏 名		住 所	
診 療 科		電 話 番 号	
処方医師名		FAX 番号	
交付年月日		薬 剤 師 名	
回 答 区 分	☐ 至急 ☐ 日 時迄に必要		
照会区分	1. 規格について 2. 用法・用量について 3. 処方内容について（副作用の発現・重複投与含む） 4. 調剤方法について 5. その他（ ）		
疑義内容			

回 答 薬 剤 師		確 認 手 段	処方医師	カルテ	その他
回答内容 1. 処方内容に変更はありません。そのまま調剤してください。 2. 上記の通りに処方を修正・変更、またはコメントを追加してください。 3. 下記の内容に処方を修正・変更、またはコメントを追加してください。					

送付先：神戸労災病院 薬剤部 FAX 番号 078-252-7837

受付時間：平日 8：15～17：00（左記時間外で緊急対応を要する場合、FAX した旨を電話連絡して下さい。）

神戸労災病院 電話番号 078-231-5901（代表）

注意：この用紙は服薬情報提供書（トレーシングレポート）ではありません。

疑義照会以外の問い合わせ（保険番号等）及び情報提供の送付先：医事課 FAX 番号 078-242-5382

但し、平日 17 時以降・土曜・日曜・祝日は対応不能です。悪しからずご了承ください。