

# ●●● 疑義照会票 兼 副作用報告書 ●●●

はりま姫路総合医療センター

- ・ 疑義照会および副作用報告はFAXでお願いいたします
- ・ FAX送信時には処方箋を同時送信いただくとともに、  
本表を含めた総枚数の記載（FAX番号欄右横）にご協力をお願いいたします
- ・ 電話でのお問い合わせには応じておりませんのでご了承ください

**FAX番号：079-263-8231**

総枚数  
  
枚

**1 薬局記載欄**

送信年月日		返信希望日時	<input type="checkbox"/> 至急	<input type="checkbox"/> 月		日	時まで
			<input type="checkbox"/> 返信不要				
診療科名		患者番号					
処方医師名		患者氏名					
区分  該当番号に ○をつけて ください	<p><b>1 疑義照会</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">                     ① 用量について                       ③ 規格について                       ⑤ 処方変更について                       ⑦ その他                 </div> <div style="width: 45%;">                     ② 用法について                       ④ 調剤方法について                       ⑥ 保険関係                 </div> </div> <p>※ 当院疑義照会プロトコルへの合意の有無      あり ・ なし (任意回答)</p> <p><b>2 副作用報告</b></p>						
具体的な 内容							
薬局名 電話番号 FAX番号			照会 薬剤師 氏名				

**2 病院記載欄**

回答年月日	年	月	日	回答者	
回答内容					