

九州大学病院 ・ 福岡赤十字病院 ・ 済生会福岡総合病院
疑義照会連絡用紙(変更等連絡用紙)

↓送り先の病院に○をつけて下さい。

() 九州大学病院	疑義照会后変更連絡
() 福岡赤十字病院	疑義照会連絡
() 済生会福岡総合病院	

年 月 日 No.

診療科		処方医	
患者名		生年月日	
患者ID		引換券番号	
処方日	年 月 日	※処方せんに上記の情報の記載がない場合は、記入しなくてよい	
薬局名		照会者	
TEL		FAX	

疑義照会内容 ※☑をつけてください

医薬品 処方内容 調剤方法 その他()

回答、変更内容	回答者

九州大学病院	福岡赤十字病院	済生会福岡総合病院
FAX 092-642-5937	FAX 092-523-5021	FAX 092-714-5938
変更内容を記入後、 処方せんと一緒にFAXしてください	変更後は、処方せんの備考欄に変更内容を記入後 FAXしてください	

※処方内容は重要な個人情報です。送り先を再確認して間違いないようにFAXを送ってください

九州中央病院 疑義照会連絡用紙

(平成 28 年 1 月作成)

送信先時の お願い	△ 平日 8時30分から17時の間は、 院外処方せん窓口へ FAX(092-554-5528)して下さい。 △17時以降は院外処方せん窓口の職員不在のため、上記へ FAX 送信後、 薬剤科にお電話下さい。(病院代表TEL:092-541-4936) ※ <u>処方内容は重要な個人情報です。</u> <u>送り先を再確認して間違いないようにFAXを送って下さい。</u>
疑義照会後の 変更内容の 連絡について	変更内容の連絡は、お薬手帳での報告をお願いします。 (患者に Dr へ提示するようお伝え下さい)

年 月 日 No.

診療科		処方医	
患者名		生年月日	
患者ID		引換券番号	
処方日	年 月 日	※処方せんに上記の情報の記載がない場合は、記入しなくてよい	
薬局名		照会者	
T E L		F A X	

疑義照会内容 ※をつけてください

医薬品 処方内容 調剤方法 その他()

--

回答、変更内容	回答者	