●●●　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

総枚数
枚

ＦＡＸ番号：０７９－２６３－８２３１

１　薬局記載欄

送信年月日		返信希望日時	□至急　□　月　日　時まで □返信不要
診療科名		患者番号	
処方医師名		患者氏名	
区分 該当番号に〇をつけてください	１　疑義照会 ①　用量について　②　用法について ③　規格について　④　調剤方法について ⑤　処方変更について　⑥　保険関係 ⑦　その他 ※　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） ２　副作用報告		
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			