|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 九州中央病院 疑義照会 （事後）連絡用紙 | | | |
| 送信時のお願い  ※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を送って下さい。 | | ●疑義照会された内容を記載の上、処方箋とともに、  院外処方せん窓口へFAXして下さい。  　　　FAX：092-554-5528  ※夜間（17：00以降）、休日で、医師に連絡がつかない場合は、  薬剤科に お電話下さい。  電話：092-541-4936（病院代表）  ※保険に係る お問い合わせは 医事課（外来計算）へ お電話ください。  　　　電話：092-541-4936（病院代表）　内線：2116 | |
| 後発医薬品への変更についての連絡 | | 変更内容は、お薬手帳で情報提供を お願いします。  （患者に 主治医へ提示するよう お伝え下さい） | |
| 西暦　　　　　　年　　　　月　　　日 | | | |
| 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 | |  |
| 薬局名 | | | 照会者 |
| Ｔ Ｅ Ｌ | | | Ｆ Ａ Ｘ |
| 疑義照会 | | | |
| 変更内容 | | | |
| 九州中央病院 使用欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　処方修正　　修正確認 | | | |