

- 注1. 原則:医師に照会したあと、西市民病院事務局に送信してください。  
 注2. ジェネリックへの変更、成分や投与量に変更の無いもの(規格・単位の変更)などに関しては除外。  
 注3. 患者氏名は無記入、IDは必ず記入の上送信してください。  
 注4. 該当する変更内容をチェックしてください。  
 注5. 必ず医師への照会の有無および照会日を記入してください。

処方せん内容疑義照会連絡票

患者氏名無記入	患者ID:				
変更内容	薬品 変更	用法 用量	残薬 調整	投与 部位	その他
処方せん発行日	診療科		処方医		
年 月 日					
変更前内容	変更後内容				
Rp.					
照会 有・無	照会日 月 日				
調剤薬局					

処方せん内容疑義照会連絡票

患者氏名無記入	患者ID:				
変更内容	薬品 変更	用法 用量	残薬 調整	投与 部位	その他
処方せん発行日	診療科		処方医		
年 月 日					
変更前内容	変更後内容				
Rp.					
照会 有・無	照会日 月 日				
調剤薬局					

処方せん内容疑義照会連絡票

患者氏名無記入	患者ID:				
変更内容	薬品 変更	用法 用量	残薬 調整	投与 部位	その他
処方せん発行日	診療科		処方医		
年 月 日					
変更前内容	変更後内容				
Rp.					
照会 有・無	照会日 月 日				
調剤薬局					

処方せん内容疑義照会連絡票

患者氏名無記入	患者ID:				
変更内容	薬品 変更	用法 用量	残薬 調整	投与 部位	その他
処方せん発行日	診療科		処方医		
年 月 日					
変更前内容	変更後内容				
Rp.					
照会 有・無	照会日 月 日				
調剤薬局					

処方せん内容疑義照会連絡票

患者氏名無記入	患者ID:				
変更内容	薬品 変更	用法 用量	残薬 調整	投与 部位	その他
処方せん発行日	診療科		処方医		
年 月 日					
変更前内容	変更後内容				
Rp.					
照会 有・無	照会日 月 日				
調剤薬局					

処方せん内容疑義照会連絡票

患者氏名無記入	患者ID:				
変更内容	薬品 変更	用法 用量	残薬 調整	投与 部位	その他
処方せん発行日	診療科		処方医		
年 月 日					
変更前内容	変更後内容				
Rp.					
照会 有・無	照会日 月 日				
調剤薬局					