

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。

| | |
|------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 九州大学病院 | 疑義照会後変更連絡 |
| <input type="checkbox"/> 福岡赤十字病院 | 疑義照会連絡 |
| <input type="checkbox"/> 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