

**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	疑義照会后変更連絡
<input type="checkbox"/> 済生会福岡総合病院	
<input type="checkbox"/> 福岡赤十字病院	疑義照会連絡

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	済生会福岡総合病院	福岡赤十字病院
FAX 092-642-5937	FAX 092-714-5938	FAX 092-523-5021
変更内容を記入し、処方せんと共にFAXして下さい。		変更後は、処方せんの備考欄に変更内容を記入後FAXして下さい。

※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