

院外処方せん疑義照会事後報告書

下記必要事項を記載の上、提出してください

処方箋添付

院外薬局名 疑義照会薬剤師名	薬剤師名		
連絡先	TEL	FAX	
疑義照会区分 (該当する項目にレ点 を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 残薬調整	<input type="checkbox"/> 用法・用量変更	<input type="checkbox"/> 1包化に関する事項
	<input type="checkbox"/> 疑義照会済み処方の訂正依頼	<input type="checkbox"/> その他	
内容 変更理由			