

院外処方箋疑義照会報告書

送信日：西暦 年 月 日

送信元 薬局→ 大町土谷クリニック薬局

患者ID： 患者氏名： 様 処方医氏名： 先生

処方箋交付年月日：西暦 年 月 日

【疑義内容】

()

【回答内容】

処方変更なし 処方変更あり

【変更内容】

規格 用法・用量について 処方内容について（副作用の発現、重複投与含む）

調剤方法について 日数調整について 剤型変更について その他

（変更点：)

【保険薬局情報】

保険薬局名： 薬局 薬剤師氏名：

所在地：

電話番号： FAX番号：