

院外処方連絡票(豊橋市民病院⇔保険薬局)

To(○印つける)

医師	
薬局	
医事課	
その他	

薬局住所 \_\_\_\_\_

調剤薬局名 \_\_\_\_\_

薬剤師名 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

患者ID:	患者名:	( 男 ・ 女 )
		西暦 年 月 日 生
診療科:	医師名:	処方箋発行日 年 月 日
		処方箋番号
<p>□は✓を記入 ( )内は○印を記入</p> <p><input type="checkbox"/> 疑義照会(処方内容、用法用量、重複投与、相互作用)</p> <p><input type="checkbox"/> 伝達事項(残薬、服薬全般)              ※残薬は、次回対応又は患者申し出により対応</p> <p><input type="checkbox"/> 保険証確認      <input type="checkbox"/> クレーム      <input type="checkbox"/> その他</p> <p>※ 内容は処方箋に原則記載 .....</p>		
<p>回答 (処方箋に原則記載)</p>		

豊橋市民病院薬局    T E L : (0532) 33-6111  
 F A X : (0532) 33-6646  
 回答者名:

※ 処方箋も必ず同時に送信してください。