

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 )		
		生年月日	年	月 日
診療科:	医師名:	処方箋発行日	年	月 日
		処方箋番号		
<p>内容（処方箋内には記載しないこと）</p> <p><input type="checkbox"/>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>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。