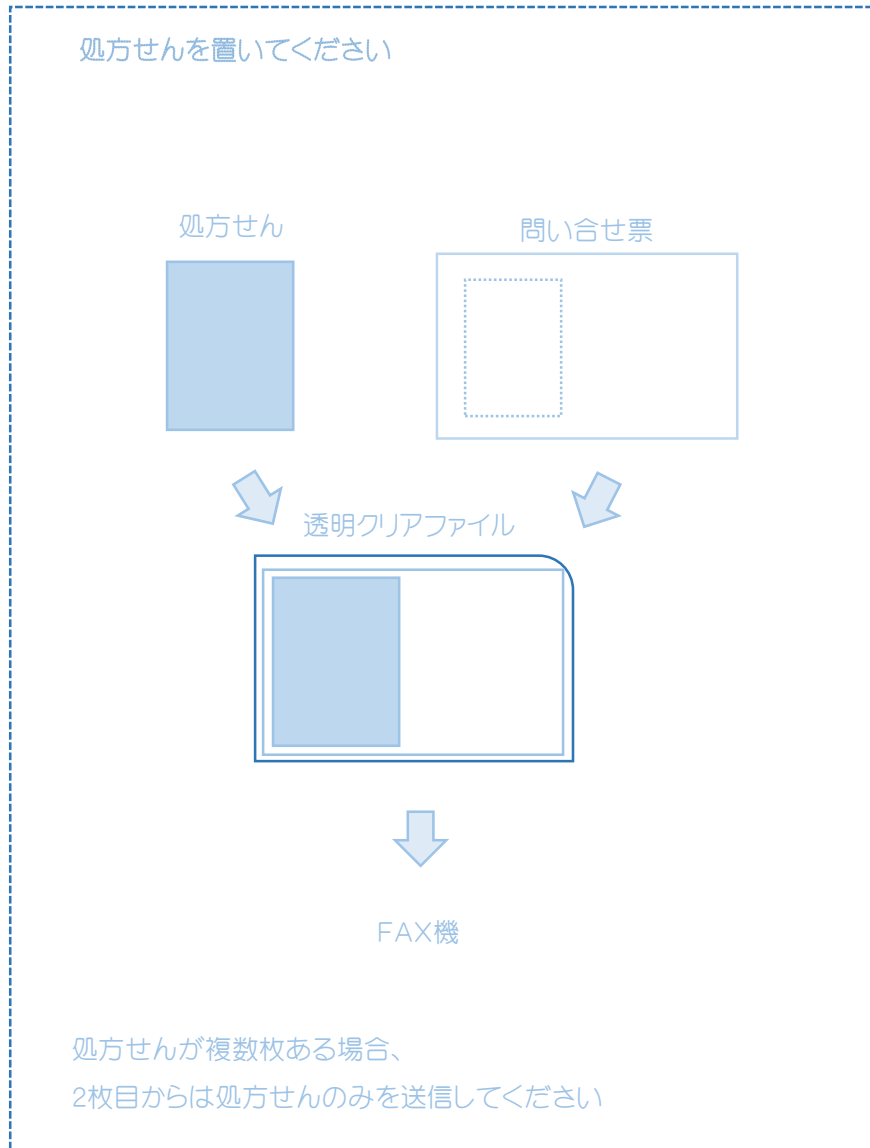


天竜病院 院外処方せん問い合わせ票

処方せんに関する問い合わせは、この票に院外処方せんを添えてFAXしてください

FAX: 053-583-3120

17:15以降の問い合わせ、休日・祝祭日の問い合わせは、
病院当直室に電話連絡してください 053-583-3111



問い合わせ日時	年	月	日	時	分
保険薬局名					
FAX番号			電話番号		
保険薬剤師名					

患者ID			患者氏名		
保険医師名			診療科		
回答	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> にし点を記入してください				
<input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> 用法用量 <input type="checkbox"/> 日数 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 規格変更 <input type="checkbox"/> 剤形変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> その他					

回答者			職種	医師・看護師・その他	