

(電子処方箋用) 疑義照会等連絡用紙 (HP 掲載)

疑義照会、残薬調整の事後報告、副作用発生の連絡等がある場合は、この用紙を用い個人情報に留意のうえ FAX にて送信して下さい。

宛先	〒230-8765 神奈川県横浜市鶴見区下末吉 3-6-1 社会福祉法人 恩賜財団済生会横浜市東部病院 薬剤部 照会専用 FAX (045) 576 - 3561 (直通) <番号の間違いにはくれぐれもご注意ください>		
発信者	(住所)	送信枚数	
	(名称・氏名)		
	(電話・FAX)	枚 (本状を含む)	
患者番号： <氏名の記載は不要です> 処方診療科：			
通信欄	疑義照会、残薬調整の事後報告、副作用発生の連絡等はこちらに記載してください。 ☐ 副作用発生報告 ☐ 残薬を確認。調剤する薬剤を以下のとおり減量した（事後報告：備考欄に該当チェックがある場合に限る）		
疑義照会 回答欄		確認	回答薬剤師
		☐ 医師 ☐ 診療録 ☐ その他 ()	
備考			