

疑義照会票兼副作用報告書

兵庫県立尼崎総合医療センター 薬剤部

疑義照会及び副作用報告は必ず FAX で行い、この書類及び処方箋を送信してください。

緊急の副作用報告以外の電話での問い合わせには一切応じませんのでご注意ください。

FAX 受付は平日 9 時から 17 時までです。土曜日、日曜日及び祝祭日は受け付けておりません。

なお、緊急を要する重篤な副作用が発症した場合は祝日・夜間を問わず電話にて問い合わせてください。その際は病院からの対応を回答内容の欄に記載の上、事後で FAX にて報告願います。

※ 医事課照会先：06-6480-7000

※ FAX 番号：06-6488-6071

1 薬局記載欄

| | | | | | |
|----------------------------------|---|------------|--|--------|--|
| 送信年月日 | 年 月 日 | 返信日時 | <input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> (月 日 時) まで <input type="checkbox"/> 返信不要 | | |
| 診療科名 処方医師名 | 患者 ID 番号 患者氏名 | 処方箋 発行日 | 年 月 日 | | |
| 区分 該当番号・項目に ○を付けてくだ さい。 | 1 疑義照会 ①用量について (過量 過少 その他) ②用法について ③規格について ④調剤方法について ⑤処方変更について ⑥その他 | | | | |
| | 2 副作用報告 | | | | |
| | 3 変更調剤の報告 | | | | |
| 具体的な内容 | | | | | |
| 保険薬局名 電話番号 FAX 番号 | | | | 照会薬剤師名 | |

2 病院記載欄 (※ 副作用報告の場合、回答後医事課から薬剤部へ写しを 1 部提出願います。)

| | | | | | |
|-------|-------|-----|--|--|--|
| 回答年月日 | 年 月 日 | 回答者 | | | |
| 回答内容 | | | | | |