

診 療 科		処 方 医	
患 者 名		生 年 月 日	年 月 日
患 者 ID			
処 方 日	年 月 日	※処方せんに上記の情報の記載がない場合は、記入しなくてよい	
薬 局 名		照 会 者	
T E L		F A X	

☐ 処方内容 : ☐ 薬品名 ☐ 用法・用量 ☐ 同一薬重複 ☐ 同効薬重複 ☐ 禁忌
☐ 相互作用 ☐ 適応外使用 ☐ その他()
☐ 調剤方法
☐ その他 ()

回答、変更内容	回答者

飯塚病院	FAX 0948-29-8077
------	------------------

変更内容を記入し、処方せんと共にFAXして下さい。