



一宮市立木曾川市民病院 院外処方 問い合わせ票（兼 服薬情報提供票）

選択式の回答は、該当箇所のマークを塗りつぶしてご回答ください。

○: 空白マーク ●: 正しいぬりつぶし /: 不十分なぬりつぶし

記述式の回答は、回答欄からはみ出さないように記入してください。

この用紙は機械で処理します。回答欄以外には出来るだけ書き込まないでください。
また、出来るだけ用紙を汚したり、折り目を付けたりしないように注意してください。

(1) 【お問い合わせ元店舗名称および連絡先電話番号】例「ichinomiya調剤薬局 木曾川店（0586-86-2173）」

--	--	--

(2) 【患者ID及び氏名】※ 処方箋の患者氏名欄に記載のある番号(XXXXXXXX-X)の内、左側8桁の番号を記載

--	--	--

(3) 【問い合わせ先診療科について】あてはまるもの全てにマークしてください。（複数選択可）

内科 整形外科 眼科 外科 透析・内科 泌尿器科 リハビリ その他

(4) 【問い合わせ先医師名 および 処方日】※ 複数の場合は続けて併記してください。

--

(5) 【問い合わせ内容について】あてはまるもの全てにマークしてください。（複数選択可）

残薬調整 用法確認 使用部位確認など 用量確認 適応症確認 重複投与確認
 一包化依頼 処方要望 処方漏れの確認 過不足による日数変更 その他 剤型変更 服薬情報提供 (トレーニングレポート)

(6) 【残薬調整理由】前項(5)が「残薬調整」の場合、その理由を選択してください（複数選択可）

飲み忘れが積み重なった 自己調節しているため 用法用量の間違い 他医療機関からの重複
 食事タイミングが合わない その他(詳細は下記(7)に記載)

(7) 【問い合わせ内容】※上記(5)にて「服薬情報提供」を選ばれた場合なども、この欄に記載してください。

--	--

(8) 【返信の要・不要について】あてはまるものにマークしてください。（1つのみマーク）

必要(直ちに) 必要(当日・次回受診日まで) 不要(次回診察の為の情報提供) 不要(対応済み・事後報告)

(9) 【回答 / 返信欄】※ 当方にて記載しますので、記載したり汚したりしないでください。

--	--

(10) 【処理区分】※ 当方にて記載しますので、記載したり汚したりしないでください。

今回処方変更あり 次回処方変更予定 処方変更なし 報告後に何らかの対応有
 報告後も経過観察の方針 プトコル対応 簡素化 プトコル 事前同意 プトコル 集計対象外

【お問い合わせ先】一宮市立木曾川市民病院 薬剤局

(平日) ☎0586-86-1016 FAX:0586-84-3231
 (時間外土日祝) ☎0586-86-2173 FAX:0586-86-0830