



※ お問い合わせの際にはお手数ですが、この用紙と共に処方箋もFAXしてください。  
 一宮市立木曽川市民病院 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電話番号】例)「いちみん調剤薬局 木曽川店 TEL:0000-00-0000 FAX:xxxx-xx-xxxx」

店舗名称	☎ ( ) - ( )	FAX ( ) - ( )
------	-------------	---------------

(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

患者ID(左8桁)	患者氏名	(男・女) 生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日
-----------	------	----------------------------

(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。

(処方日) 令和 年 月 日
----------------

(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  用量確認  適応症確認  重複投与確認  
 一包装依頼  処方要望  処方漏れの確認  処方日数調節  その他  剤型変更  服薬情報提供 (トレーニングレポート)  
 銘柄変更  規格変更  剤型変更  調剤方法変更  包装/規格変更(外用)

(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) ※ 詳細理由や対応・指導内容などは次項(7)に記載をお願いします。

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。

担当者名
------

(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。

回答者名
------

(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】一宮市立木曽川市民病院 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