



※ 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)」

☎ () -	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

	(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 頭痛外来 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 処方漏れ確認 その他 服薬情報提供
(トレーシングレポート)

(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。

	担当者名 <input style="width: 100%;" type="text"/>
--	---

(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(当日中に) 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 <input style="width: 100%;" type="text"/>
--	---

(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 プロトコールによる対応