

九州大学病院 ・ 福岡赤十字病院 ・ 済生会福岡総合病院
疑義照会連絡用紙(変更後連絡用紙)

↓送り先の病院に○をつけて下さい。

() 九州大学病院	疑義照会后変更連絡 ※変更内容を記入し、 処方せんと共にFAXして下さい。
() 済生会福岡総合病院	
() 福岡赤十字病院	

年 月 日 No.

診療科		処方医	
患者名		生年月日	
患者ID		引換券番号	
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	

疑義照会内容 ※☑をつけてください

医薬品 処方内容 調剤方法 その他()

回答、変更内容	回答者	

九州大学病院	済生会福岡総合病院	福岡赤十字病院
FAX 092-642-5937	FAX 092-714-5938	FAX 092-523-5021 092-524-2082
変更内容を記入し、処方せんと共にFAXして下さい。		

※処方内容は重要な個人情報です。送り先を再確認して間違いないようにFAXを送ってください

2022年9月 改訂