

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	疑義照会後変更連絡 ※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	

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	

☐ 处方内容 ☐ 藥品名 ☐ 用法·用量 ☐ 同一藥重複 ☐ 同効藥重複 ☐ 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	
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

(2023年2月改定版)