

調剤報告書

処方医: 科 先生 御机下	保険薬局 名称(所在地・電話番号・FAX番号) <small>返信時のため、必ずFAX番号を記載</small>
患者ID: 患者氏名: 生年月日:	担当薬剤師名: 印

疑義照会の回答に基づき調剤し、薬剤を交付しました。下記の通り、ご報告いたします。

処方せん交付日: 20 年 月 日	調剤日: 20 年 月 日
照会内容 (処方変更内容を分かり易く記載してください)	
回答 (電話照会による回答を記載してください。プロトコル変更時は空欄または斜線。)	
回答者(病院):	

<以下 病院記載欄>

※ 処方修正(チェックしてください)

医師により処方修正済み

薬剤師による処方修正を依頼

処方修正の必要なし

その他(コメント等)

		FAX返信(必要時)
①薬剤部受付	②処方医	③薬剤部処理

①受付→②確認/修正→③確認後処理

※終了後は薬剤部で保管