疑義照会票

県立丹波医療センター　御中

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者番号 |  | 患者氏名 |  | | * 至急 |
| 照会年月日 | 年　　月　　日 | | 処方箋発行日 | 年　　月　　日 | |
| 照会内容  ※該当する  番号に○ | １　規格について  ２　調剤方法について  ３　用法・用量について  ４　処方変更について（副作用、重複投薬を含む）  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 具体的な内容 |  | | | | |
| 保険薬局名  電話番号  FAX番号 |  | | | | |
| 照会薬剤師名 |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 回答年月日 | 年　　月　　日 | 回答者 |  |
| 回答内容 |  | | |

（注意事項）

・疑義照会は必ずファックスで行ってください。

・照会時には、この疑義照会票及び処方箋を送信してください。

・受付時間： 9時から17時（土曜、休日は当日分のみ）

疑義照会用ファックス番号：（平日）０７９５－８８－５２３２

　　　　　　　　　 （土曜、休日）０７９５－８８－５２３１