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