

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 | | <input type="checkbox"/> 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