

処方内容疑義照会票

疑義照会は太枠内をもれなく記載いただき、

必ずFAXにて、**薬剤部(072-441-8821)**まで送信してください

※**保険**に関するお問い合わせは、当院医事課(TEL:072-445-1000)にお願い致します

疑義照会日時： 年 月 日 時 分

診療科・処方医		科				先生	
保険 薬局名	薬局				薬剤師名		
処方箋 発行日	年 月 日	薬局 電話番号			薬局 FAX番号		
患者 カナ氏名	様		患者番号 (※)			生年月日	年 月 日

(※)患者番号は処方箋下部備考欄に記載の7桁の数字です

疑義照会内容 (読みやすい文字で、疑義内容の要点がわかるように必要な内容を記載してください)

--

回答

回答薬剤師名：

(医師に ・ カルテにて) 確認しました

☐ 変更ありません (処方箋の通りに調剤をお願いします)

市立岸和田市民病院 薬剤部

大阪府岸和田市額原町1001番地

TEL:072-445-1000(代表)

FAX:072-441-8821(直通)

対応時間：平日 8:45～17:00

上記以外は、翌平日8:45以降での対応となりますのでご了承ください