

市立岸和田市民病院 処方内容疑義照会票

疑義照会は必ずFAXにて、この照会票と**処方箋**を

市立岸和田市民病院 薬剤部（FAX：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

保険 薬局名	薬局			薬局 FAX番号	
薬剤師名		処方箋 発行日	年 月 日	薬局 電話番号	
患者氏名	様	患者番号 <small>※備考に記載</small>		生年月日	年 月 日

疑義照会内容 （できるだけ簡潔にわかりやすく読みやすい文字でお願いします）

回答

回答薬剤師名：

<p>（ 医師に ・ カルテにて ） 確認しました</p> <p><input type="checkbox"/> 変更ありません （処方箋の通りに調剤をお願いします）</p> <p><input type="checkbox"/> 変更をお願いします （変更後の処方内容を一緒にFAXします）</p> <hr/> <p>詳細記入欄</p>

対応時間： 平日 8：45～17：15

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）

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