（様式3）

日本鋼管福山病院　薬剤科

FAX：084-940-5981

お急ぎの場合はFAX後に連絡ください

**疑義照会票**

処方医：　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　　先生御机下　　　　　　　報告日　20　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| I　D：  　　患者イニシャル：  （生年月日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　） | 受付保険薬局情報 （名称、所在地、電話番号、FAX番号）  担当薬剤師名： |

**処方箋中の下記の疑義に関して回答をお願いします。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 回答希望時間 | 至急お願いします | | 時　　　　分までにお願いします | | | 急ぎません |
| 処方箋交付日：　　　　　　20　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 | | | | 調　剤　日：　　　　　　20　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| * ①同一成分の剤形変更 * ④錠剤等の分割・粉砕調剤 * ⑦週1製剤等の日数適正化 | | * ②同一成分の銘柄変更 * ⑤処方日数の調整 * ⑧外用薬の用法記載の補完 | | | * ③複数規格の規格変更 * ⑥用法変更   　□　　⑨その他 | |
| 内容記入欄　　　 次頁に処方箋をFAXいたします。 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 処方箋のとおりに調剤して下さい。   □　下記薬剤を（　追加　　削除　）して下さい。 | | | | | □　　上記（薬局記載）の内容の通りに変更して下さい。  □　　下記（病院記載）の内容の通りに変更して下さい。 | | |
| 内容記入欄 | | | | | | | |
| 確認者 | 薬剤師 |  | 回答時間 | 時　　　　　分 | | 回答者 |  |

　　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－＜以下病院回答欄＞－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　 －　－　－　－