　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式２）

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

事前合意された内容に関しては

（様式1）を使用してください

**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　　　　分迄にお願いします。 | | 急ぎません。 |
| 処方箋交付日：　　　　　　20　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 | | | 調　剤　日：　　　　　　20　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | |
| **疑義照会　内容記入欄** 次頁に処方箋をFAXいたします。 | | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 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 |  |