疑　義　照　会　票

西宮市立中央病院　御中

照会年月日： 　　 　年 　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ＩＤ番号 |  | 処方せん発行日 |  |
| 患者イニシャル |  | 外来診療科(主治医) |  |
| 回 答 区 分 | □至　急　　□(　　　日　　　時まで）　　□その他（　　　　　　　） | | |
| 照 会 区 分 | １ 規格について  ２ 用法・用量について  ３ 処方変更について（副作用の発現、重複投与を含む)  ４ 調剤方法について  ５ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　＊該当する項目を○で囲んで下さい | | |
| 照 会 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 | １ 処方内容に変更はありません。そのままで調剤して下さい。  ２ ご指摘の内容通り、修正・変更をお願いします。  ３ 下記の通り、修正・変更をお願いします。 | | |

[注意事項] ・処方内容に関する疑義照会は必ずＦＡＸで行って下さい。

・照会時には、この疑義照会票および処方せんを送信して下さい。

・処方せんの患者氏名は、判読できないように(マスキングするなど)して下さい。

・受付は、平日の８時３０分から１７時までです。

# 西宮市立中央病院 代表電話番号 ：０７９８－６４－１５１５

# 薬剤部FAX番号：０７９８－６６－８８２３