保険薬局：

瀬尾記念慶友病院　宛

FAX：055-935-1333(代)

TEL：055-935-1511(代)

疑義照会票

記入漏れがないことを確認した上で、この疑義照会票と処方箋のFAX送信をお願い　　致します。その後、疑義照会票をFAX送信したことを電話でご連絡ください。

＊在庫がない理由での薬剤変更は、原則、応じかねますので、ご了承ください。

当院で回答記載後、FAXにて返送いたします。　　　　　　　　　　　　　　報告日：令和　　　　年　　　　月　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医 　　　　　　　　科  先生 | 保険薬局　名称:    保険薬局電話番号：  FAX番号：  担当薬剤師名： |
| 患者  氏名：　　　　　　　　　　　　　様（男・女） |
| 生年月日：M・T・S・H・R　　 年　　 月　　 日 |
| 処方箋発行日：令和 　　　 年　 　 月　 日 |

【疑義照会内容】

【回答内容】

１　．処方通りでお願いします。　　　　　　　　　　　　２　．ご指摘の通り修正、変更をお願いします。

３　．下記の通りに修正、変更をお願いします。

回答日：　　　年　　　月　　　日　医師：

薬剤師(代行)：

医療法人桂名会　瀬尾記念慶友病院