

瀬尾記念慶友病院 宛

FAX : 055-935-1333 (代)

TEL : 055-935-1511 (代)



保険薬局 :

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

### 【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):