

処方内容疑義(伝達)照会票

(佐用中央病院宛)

調剤薬局名 _____

調剤薬剤師名 _____

T E L _____ F A X _____

| |
|---|
| 患者様氏名 |
| 生年月日 <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日生 <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日生 |
| 診療科 整・外・脳・内・泌・眼・皮 処方医師名 |
| 疑義照会先 (○印でご記入ください) |
| 1. 医事課 (保険番号等 医事に関するお問い合わせ、後発品への変更お知らせ など) |
| 2. 処方医 (内容・患者情報等 処方に関するお問い合わせ など) |
| 疑義照会(伝達)内容 |

調剤薬局様へ

必要事項をご記入の上、佐用中央病院各診療科宛てFAX送信してください。

整形外科・外科・脳外科： 0790-82-2268

内科・泌尿器科・眼科・皮膚科：0790-82-2208

担当者より折り返しお電話にて回答させていただきます。

★ お手数ですが、本照会票と併せて、処方箋も送信して頂きますよう

よろしく願い申し上げます。

..... 以下 院内記入欄

| 受付日 | FAX 受取者サイン | 疑義照会先サイン | 回答者サイン |
|-----------------------|------------|----------|--------|
| 平成 年 月 日() 時 分 | | | |