

解説

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 _____

TEL _____ FAX _____

患者様氏名

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生

診療科 整・外・脳・内・泌・眼・皮 処方医師名

疑義照会先 (〇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

疑義照会内容をこちらへ記載下さい。

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
よろしくお願い申し上げます。

〈受付・回答までの流れ〉

疑義照会FAX用紙・処方箋(後発品への変更について等 別紙記載される場合は添付)を

- ① 調剤薬局お問い合わせ先、患者情報の記載
- ② 疑義照会先:1.医事課(医事に関するお問い合わせ等)、2.処方医(処方に関するお問い合わせ)
- ③ 疑義照会(伝達)内容

お確かめの上、
1F受付:整・外・脳外科(0790-82-2268)、2F受付:内・泌・眼・皮膚科(0790-82-2208)
にFAXさせていただきます。

受付後、担当者よりお電話差し上げます。FAX後、連絡がない場合は、お手数ですが、
0790-82-2154(代)までご連絡いただけますようお願い致します。

また、緊急時に関しましては、お電話でも結構ですが、上記の手順後にお電話いただくと幸