**疑義照会書**

**様式１**

|  |  |
| --- | --- |
| 照会先（番号に○） | 1. 薬剤科（処方内容のこと）FAX：0772-62-7746
 |
| ２． 医事課（保険内容のこと）FAX：0772-62-5897 |

**公益財団法人丹後中央病院　宛**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 照会日時 | 令和 年 月 日 時 分 |  | **至急　・　本日中　・　回答出来しだい** |
|  |  |  |
| **患者様情報** |  | **保険薬局様情報** |
| 氏名 |  様 |  | 保険薬局名 |  |
| ※患者ID（登録番号） |  |  | 所在地 |  |
| 診療科 |  科 |  | 電話番号 |  |
| 発行医名 |  医師 |  | FAX番号 |  |
| 処方箋交付年月日 | 令和　　年　　月　　日 |  | 薬剤師氏名 |  |

※患者IDは処方箋の上部に記載

|  |
| --- |
| **内容：** １．処方薬　　２．用法・用量　　３．長期投与不可　　４．保険関係・患者情報　　５．その他（〇で囲む）（内容は簡素に御記入ください。処方箋を一緒にFAX送信してください。） |
|  |
| **回答** |
| 回答者 | 医師　　薬剤師　　医事課 | 回答日時 | 令和　　年　　月　　日　　時　　分 |