**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 |