

照会先 1. 処方内容のこと → 薬剤科 FAX:053-401-0486
2. 保険内容のこと → 医事課 FAX:053-401-0095

疑 義 照 会

令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分

医療機関名 JA 静岡厚生連 遠州病院 回答(至急 ・ 本日中 ・ のちほど)
科 先生

「院外処方せん」を添付いたしました、患者 様(ID 番号:)の
処方内容について疑義照会いたします。

疑義照会の内容:(投与量 ・ 用法 ・ 処方薬剤 ・ 一包化 ・ 重複 ・ 既往歴 ・ その他)

回答:
 処方内容に変更はありません。処方通り調剤をお願いします。
 下記の内容に処方変更をお願いします。

回答者: _____

保険薬局名:
所在地:
電話:
FAX:
担当薬剤師・氏名: