国保旭中央病院　薬剤局

FAX:0479-63-8214,8215 TEL:0479-63-8212,8213

※ この用紙と処方せんを一緒に送信してください。

※ 保険請求に関しては、各科外来へ確認をお願いします。【 TEL:0479-63-8111(病院代表) 】

院外処方せん疑義照会票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 保険薬局名 |  |
| 当院ID番号 |  | 薬剤師氏名 |  |
| 診療科 |  | FAX番号 |  |
| 処方医師名 |  | 電話番号 |  |
| 処方せん発行日 | 年　　　月　　　日 | 疑義照会日時 | 年　　月　　日（　　：　　） |
| 照会内容 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 回答日時 | 年　　月　　日（　　：　　） | 回答者名 |  |
| □ 処方の通り調剤をお願いします。  □ 照会内容の通り、処方変更をお願いします。  □ 下記の通り、処方変更をお願いします。 | | | |
|  | | | |