



FAX 084-993-9117



脳神経センター大田記念病院
診療技術部 薬剤課 御中

この疑義照会票 + 該当処方箋を
同時に送信してください。

処方箋の患者氏名をマスキングしてください。

疑義照会票

[照会日時] 年 月 日 / 時 分

- 疑義照会受付時間 平日・土曜 8:30~17:30
- 疑義照会は、ファックスでお願いいたします。「30分経過しても返信のない場合」は、恐れ入りますがお電話ください。

薬剤課直通電話 ☎ 084-975-7790

処方箋発行日	年 月 日		
患者ID番号		診療科名	
患者イニシャル		担当医師名	

照会	照会の契機	<input type="checkbox"/> ① 処方箋監査時 <input type="checkbox"/> ② 薬剤服用歴管理簿・おくすり手帳 <input type="checkbox"/> ③ 患者・家族の訴え <input type="checkbox"/> ④ 検査値等 <input type="checkbox"/> ⑤ その他 ()	保険薬局名 照会薬剤師名 TEL FAX
	照会区分	<input type="checkbox"/> ① 疾患・薬剤禁忌 <input type="checkbox"/> ② 重複投与 <input type="checkbox"/> ③ 調剤方法(一包化・粉碎) <input type="checkbox"/> ④ 剤形・規格・銘柄 <input type="checkbox"/> ⑤ 処方日数・残薬調整	<input type="checkbox"/> ⑥ 用法・用量 <input type="checkbox"/> ⑦ 処方提案(開始・継続・増減・中止) <input type="checkbox"/> ⑧ 調剤報酬算定要件 (調剤後薬剤管理指導加算、経管投薬支援料等) <input type="checkbox"/> ⑨ その他
	照会の事項	ご用件をお書きください。あわせて、本件に対する対応案・提案があればご記入ください。	

回答	回答日時	年 月 日 時 分	回答担当 薬剤師名
	回答	<input type="checkbox"/> ① 照会内容の通り変更します。 <input type="checkbox"/> ② 処方内容の一部を変更します。 <input type="checkbox"/> ③ 処方内容に変更しません。	