↑↑↑ FAX 084-979-3599 ↑↑↑

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	☐ ①　処方箋監査時 ☐ ②　薬剤服用歴管理簿・おくすり手帳 ☐ ③　患者・家族の訴え ☐ ④　検査値等 ☐ ⑤　その他（　　）	保険薬局名 照会薬剤師名 TEL FAX	
照会区分	☐ ①疾患・薬剤禁忌 ☐ ②重複投与 ☐ ③調剤方法（一包化・粉砕） ☐ ④剤形・規格・銘柄 ☐ ⑤処方日数・残薬調整	☐ ⑥用法・用量 ☐ ⑦処方提案（開始・継続・増減・中止） ☐ 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） ☐ 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	☐ ①　照会内容の通り変更します。 ☐ ②　処方内容の一部を変更します。 ☐ ③　処方内容は変更しません。		