

疑義照会票

記入漏れのないことを確認した上で、FAX にてこの疑義照会票と **処方箋** の送付をお願いします

| | | |
|-------|----|-----------------------|
| 患者番号： | | 保険薬局 名称 (FAX 番号・電話番号) |
| 患者氏名： | 様 | |
| 処方医 | | 担当薬剤師名： |
| | 先生 | |

| | |
|------|--|
| 回答区分 | <input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 順番に対応 <input type="checkbox"/> (日 時まで) |
|------|--|

処方箋交付年月日：

照会内容

※外用薬の部位や用法について、照会前に聴取できていましたら合わせてご記載をお願いします

残薬が生じた理由 (該当時は必ず記入、複数回答可)

- 使用忘れが積み重なった 使用量や回数が間違っていた 別医療機関で同じ医薬品が処方された
処方数が実使用数より多かった 自己判断による中断 (理由：)
その他 ()

回答内容

処方医に確認 ・ カルテにて確認 ・ その他 ()

1. 処方通りをお願いします。
2. ご指摘の内容通り修正、変更をお願いします。
3. 下記の通りに修正、変更をお願いします。

回答日： 年 月 日 回答者：

連絡先 大阪大学医学部附属病院 薬剤部 外来調剤室
保険に関する内容は当院医事課へ電話で問合せください TEL 06-6879-5111 (病院代表)