

大富士病院 宛
FAX:0545-35-0028



保険薬局： 御中
FAX:

疑義照会票

記入漏れがないことを確認した上で、この疑義照会票と処方箋の送付をお願いいたします。

また、疑義照会を送付したことを電話にてご連絡ください。

こちらで回答記載後、FAXにて返送いたします。

患者氏名： 様	保険薬局 名称：
生年月日： 年 月 日	FAX番号：
処方医：	電話番号：
先生	担当薬剤師名：

回答区分（該当箇所をチェック）： <input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 順番に対応 <input type="checkbox"/> （ 月 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いたします。
残薬が生じた理由にチェックをしてください。（該当時は必ず記載、複数回答可）
<input type="checkbox"/> 使用忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 使用量や回数が間違っていた <input type="checkbox"/> 別医療機関で同じ医薬品が処方された
<input type="checkbox"/> 処方回数が実使用数より多かった <input type="checkbox"/> 自己判断による中断（理由： _____）
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

回答内容
1.処方通りでお願いします。 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 医師： _____
連絡先：大富士病院 富士市中野249-2 TEL：0545-35-0024（代）・FAX：0545-35-0028