

# 市立池田病院 疑義照会用紙

FAX 番号:072-754-6402

疑義照会時は必ず処方箋も FAX 送信してください

保険薬局名											
薬局 FAX 番号						照会薬剤師名					
患者番号											

## 疑義照会内容（できるだけ簡潔にわかりやすくお願いします）

<input type="checkbox"/>	用法・用量	<input type="checkbox"/>	日数・全量の変更
<input type="checkbox"/>	処方 追加 ・ 削除	<input type="checkbox"/>	重複投薬
<input type="checkbox"/>	調剤方法（一包化 ・ 粉碎）	<input type="checkbox"/>	その他

詳細記入欄

## 回 答

回答薬剤師名:

<input type="checkbox"/>	問合せ内容通りに変更してください		
<input type="checkbox"/>	処方箋の通りに調剤してください（医師了承）		
<input type="checkbox"/>	下記の通りに変更してください	<input type="checkbox"/>	下記薬剤を( 追加 ・ 削除 )して下さい

詳細記入欄

### ■ 注意事項 ■

FAX 対応時間は平日 8 時 30 分～17 時となります。

上記時間外は後日返答となりますのでご了承ください。

保険に関するお問い合わせはこの用紙では受け付けられません。当院医事課までご連絡ください。

電話番号:072-751-2881(代表)