

疑義照会書

様式1

神奈川県警友会けいゆう病院宛

合意書提出: している していない

照会先(番号に○)

1. 診療科(処方内容のこと)
2. 医事課(保険内容のこと)
3. 薬剤部(プロトコル、調剤のこと)

FAX:045-221-8288
(急を要さない疑義照会)

※至急の返信が必要な場合は電話での対応をお願いします。

照会日時	令和	年	月	日	時	分
------	----	---	---	---	---	---

- ① 疑義照会(回答を依頼します)
 - ② 疑義照会(回答は不要です)
- 変更調剤報告、一般名処方調剤報告

患者様情報	
氏名	様
※患者ID (登録番号)	
診療科	科
処方医師名	
処方箋交付 年月日	令和 年 月 日

保険薬局様情報	
保険薬局名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
薬剤師名 氏名	

※患者IDは「処方箋患者氏名の上」に記載があります。

内容:

回答(FAXで対応する場合)

回答者	回答日時	令和	年	月	日	時	分
-----	------	----	---	---	---	---	---

外来スタッフへ

- ① 疑義照会(回答を依頼します): 保険薬局へ回答後、診療録へ記載行って下さい。
- ② 疑義照会(回答は不要です): 診療録へ記載行ってください。