

票會照義疑

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。

ご連絡先は明確な字体でお間違いの無いように記載頂きますようお願いいたします。

患者番号：		保険薬局 名称（FAX 番号・電話番号）	
患者氏名：様			
処方医先生		担当薬剤師名：	
回答区分	☐ 至急 ☐ 順番に対応 ☐ （日時まで）		
処方箋交付年月日：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	
☐ 処方数が実使用数より多かった		☐ 別医療機関で同じ医薬品が処方された	
☐ 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)