

疑義照会票

記入漏れの無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(住所・電話番号・FAX番号) |
| 患者氏名: 様 | |
| | 担当薬剤師名: |

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

回答内容

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 修正、変更をお願いします

回答日 年 月 日 回答者:

〈注意〉
保険に関する内容は当院医事課へ電話で問い合わせ下さい。 TEL 06-6941-0484(代表)