**公立置賜総合病院　疑義照会連絡票**

【保険薬局の方へ】当院発行の院外処方箋について疑義照会を行う場合は、この連絡票に記載の上、当院薬剤部までFAXしてください。折り返し電話もしくはFAXにて返答致します。

**FAX番号：0238-46-5791**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 照会日時　　　　年　　　月　　日　　時　　分 |
| 保険薬局記載欄 | 処方日 |  | 保険薬局名 |  |
| 患者ID |  | 薬剤師名 |  |
| 患者氏名 |  | TEL |  |
| 処方医 |  | FAX |  |
| 診療科 | 受付1：□内科　□脳神経外科　□精神科　□神経内科　□総合診療科受付2：□外科　□心臓外科　□整形外科　□皮膚科　□呼吸器外科□形成外科受付3：□小児科　□耳鼻咽喉科　□眼科受付4：□産婦人科　□泌尿器科　□歯科口腔外科 |
| 照会内容 | * 一包化お願いします。
* １日の使用枚数記載お願いします。
* 使用部位の記載お願いします。

□Rp． |
|  |  |  |
| 病院薬剤部記載欄 | 照会回答 | * 依頼通り変更します。
* 変更しません。そのままで調剤お願いします。
 |
| 照会区分 | □処方変更　□用法・用量　□日数・回数　□追加依頼　□削除依頼　□重複　□禁忌・慎重　□一包化　□コメント　□処方内容確認　□その他 |
| 回答者 |  | 修正済み |

受付時間：月～金　8:30～17:00（祝祭日を除く）

上記時間外**（緊急の場合のみ）**は薬剤部へお電話ください。（TEL　0238-46-5000）　R5.10改訂