

## 処方箋疑義照会票

疑義照会日	年 月 日	処方箋発行日	年 月 日
患者ID (処方箋右上枠外記載8桁番号)		保険薬局情報	
		保険薬局名	
患者氏名		電話番号	
診療科		FAX番号	
処方医師名		照会薬剤師名	

照会区分 : 該当項目にチェックをお願いします。

☐ 剤形変更    ☐ 規格変更    ☐ 併売品への変更    ☐ 処方日数調整☐ 残薬調整(処方日数の1/3以上の調整となる場合は電話対応となります。)☐ 外用剤の用法追記-----  
上記6項目以外は疑義照会が必要です。返答をお待ちください。☐ その他 ( )院内処理 : ☐カルテ記載    ☐処方修正    ☐主治医報告☐その他

照会内容 : 内容を記載いただくか、修正内容を記載した処方箋を添付してください。