

和泉市立総合医療センター 疑義照会用紙

疑義照会は必ずFAXにて、この用紙と処方せんを和泉市立総合医療センターまでご送付ください。

処方内容疑義照会：FAX 0725-44-1038

保険等（医事課）：TEL 0725-41-1331（代）

※残薬調整の場合は、別紙トレーシングレポートで報告して下さい。

保険薬局名		処方せん 交付日	年	月	日
薬剤師名	薬局 FAX番号		薬局 電話番号		
患者番号	患者氏名		診療科名		
			医師名		
内 容					
<input type="checkbox"/> 日数・回数・総数の過不足 <input type="checkbox"/> 長期投与不可 <input type="checkbox"/> プロトコルに基づく変更（残薬調整以外） <input type="checkbox"/> 処方薬の（追加 削除 変更）依頼 <input type="checkbox"/> 用法・用量・服用時点 <input type="checkbox"/> 使用部位 <input type="checkbox"/> 処方意図確認 <input type="checkbox"/> 同種同効薬の重複 <input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> アレルギー・副作用 <input type="checkbox"/> その他					
詳細記入欄					

年 月 日

回 答					
<input type="checkbox"/> プロトコルに基づく変更を確認しました。次回以降、疑義照会不要です。 <input type="checkbox"/> 処方せんのとおり调剂してください。 <input type="checkbox"/> 上記の内容のとおりに変更してください。 <input type="checkbox"/> 下記薬剤を（追加 削除）してください。 <input type="checkbox"/> 下記のとおりに変更してください。					
詳細記入欄					
医師		薬剤師		医事会計	その他