

疑義照会書

筑波東病院宛

- 照会先 (番号に○) 1. 薬剤科(処方内容のこと) FAX:029-843-4172
2. 医事課(保険内容のこと) FAX:029-843-4172

| | | | | |
|------|----|---|---|---|
| 照会日時 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 時 | 分 |

| |
|--------------------|
| 至急 ・ 本日中 ・ 回答出来したい |
|--------------------|

| 患者様情報 | |
|----------|----------|
| 氏 名 | 様 |
| 患者 I D | |
| 診 療 科 | |
| 発行医名 | 医師 |
| 処方箋交付年月日 | 令和 年 月 日 |

| 保険薬局様情報 | |
|---------|--|
| 保険薬局名 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |
| FAX 番号 | |
| 薬剤師氏名 | |

| |
|--|
| <p>内容: 1. 処方薬 2. 用法・用量 3. 長期投与不可 4. 保険関係・患者情報 5. その他 (○で囲む)</p> <p>(内容は簡素に御記入ください。処方箋と一緒に FAX 送信してください。)</p> |
|--|

| | |
|------|--------------|
| 回答 | |
| 回答者 | 医師 薬剤師 医事課 |
| 回答日時 | 令和 年 月 日 時 分 |