

JMA 東埼玉総合病院
FAX：0480-40-1795 薬剤科宛

保険薬局→薬剤科→保険薬局

報告日： 202 年 月 日

疑義照会

診療科・処方医	薬局名称・住所・電話/FAX・担当薬剤師
患者 ID：	
患者氏名： 様 生年月日：	

処方せんに基づき調剤を行うにあたり、疑義照会を行います。

処方箋発行日 202 年 月 日

(保険薬局) 疑義内容 番号に○を付けてください 1.処方薬 2. 用法・用量 3.長期処方不可 4.保険関係 5.その他
(東埼玉総合病院) 回答内容 <input type="checkbox"/> 上記提案どおり変更してください <input type="checkbox"/> 処方通り (変更しない) <input type="checkbox"/> 下記記述へ変更してください ↓

<注意> 緊急性のある情報は薬剤科に電話にてお願いします。
上記内容ご記入後 FAX：0480-40-1795 薬剤科宛に送信ください。

作成：東埼玉総合病院薬剤科