疑　義　照　会　票

兵庫県立淡路医療センター 御中
（医事企画課FAX：0799-24-7333）

年　　月　　日

（照会内容）

患　者　番　号		処方せん発行日	年　　月　　日
患　者　氏　名		外 来 診 療 科	科
回　答　区　分	□至急　□（　日　時まで）　□参考　□その他（　　）		
照　会　区　分 （該当に○印）	1　医薬品等の規格について 2　用法・用量について 3　処方変更について（副作用等の発現、重複投薬を含む。） 4　調剤方法について 5　保険請求について 6　その他（　　）		
照　会　内　容			
照会保険薬局	薬局名：　　ＴＥＬ： ＦＡＸ： 照会薬剤師名：		

（回答）

回答年月日	年　　月　　日	回　答　者	
回　答　内　容	1 添付の処方せん(写)のとおりに、変更します。 2 処方内容の変更はしませんので、そのままで調剤願います。 3（　　）		

注1）保険請求又は調剤技術に関する疑義照会については直接医事企画課又は薬剤部に電話での照会も差支えありません。

医事企画課：０７９９－２２－１２００（内線２１８）

薬 剤 部：０７９９－２２－１２００（内線３２２）

注4）受付時間　平日　　：９：００～１７：００　　→ 医事企画課ＦＡＸ　　：０７９９－２４－７３３３