疑義照会（←どちらかに〇→）報告

仙台市立病院宛

照会先　1.　薬剤科（処方内容について）　ＦＡＸ：０２２－３０８－９９２３
（番号に〇）　2.　医事課（保険内容について）　ＦＡＸ：０２２－３０８－９９２４

診療科・処方医	科			医師	
照会日時	年　月　日　時　分				
保険薬局	薬局名				
	ＦＡＸ番号				
	電話番号				
	薬剤師名				
院外処方箋	発行日	年　月　日	引換券番号	番	
	患者氏名 患者番号	氏名：　様	患者番号：		

照会・報告内容（要点を簡潔に記載して下さい）

回答（仙台市立病院記載用）
1.　処方内容に変更はありません。そのままで調剤して下さい。
2.　処方の修正、変更をお願いいたします。
回答者　薬剤師　医事課　氏名：

【注意事項】・疑義照会受付時間は、休診日を除き 8：30～17：00 となっております（報告は随時 FAX 可）
・17 時以降の対応は翌日以降となる場合が有ります（休診日は対応できません）