**疑義照会連絡票⇒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○）**　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（記載内容を選択し、要点を簡潔に記載して下さい） |
| [ ] 　【処方変更報告】医師に電話にて疑義照会済　　　　[ ] 　【処方変更報告】疑義照会簡素化プロトコルによる |
| [ ] 　【疑義照会】⇒　折り返し回答を希望 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 回答（仙台市立病院記載用） |
| [ ] 　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。 |
| [ ] 　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）