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）