　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　0126-22-1850

**岩見沢市立総合病院　院外処方箋疑義照会報告書**

**疑義照会（　　月　　日　 　時までにご回答下さい）**

**事後・顛末報告**

※至急（30分以内に回答が必要）または時間外の疑義照会は、保険薬局より電話にて医師へ直接ご連絡をお願いします。連絡先は0126-22-1650（代表）から医師PHSへの取次ぎになります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局名 | TEL: 　 FAX: | | | | |
| 薬剤師名 |  | 処方箋発行日 |  | 診療科 |  |
| 患者名 |  | 患者ID |  | 処方医師名 |  |
| 【内 容】（処方箋を一緒にFAXして下さい）　　　　　　　　　　　　照会日時：　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分 | | | | | |
| 【回 答】  【回答者】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回答日時：　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分 | | | | | |

|  |
| --- |
| 【報 告】  報告日時：　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分 |

【病院記入欄】　　　　　　　　　　□疑義照会の内容をカルテに反映した　　　　　入力者：

岩見沢市立総合病院 薬剤部　　TEL　0126-22-1650（内線1142）

2025年9月改訂　ver.1.1