

各 調剤薬局 様

処方箋を同送する場合は、ここに添付してください。

※ 処方箋と共にFAXされる場合は、記入不要です。

患者氏名	様
患者 ID	
科 名	
処方医名	

・ この書式(記載内容順・大きさ)であれば、オリジナルでも結構です。

受付時間 平日 9:00~16:30
第2・第4・第5 土曜日 9:00~12:00

疑義紹介 FAX 薬局 0244-46-1516
時間外疑義電話 病院代表 0244-46-5125

※時間外に疑義紹介される場合は、FAXではなく 病院代表電話で
対応いたします。

鹿島厚生病院 院外処方せん疑義照会票

照会 日付	年 月 日		
保険薬局名	※事前に印字しておいて結構です。		
電話番号	※事前印字可	FAX番号	※事前印字可

○で囲んでください。		・処方内容について	・保険情報について
照会区分	1.規格について 2.用法・用量について 3.処方内容について(副作用・重複投与含む) 4.処方日数について 5.追加・削除について 6.調剤方法について	A.記号番号について B.有効期限について C.保険ドクターについて Dその他	
その他	補足内容		

病院 回答	年 月 日	回 答 者	
	1.処方内容に変更ありません。そのまま調剤してください。 2.問い合わせの内容に変更してください。 3.変更には、再受診が必要です。再来するよう患者さんへお伝えください。 4		
補足内容			