

## 「疑義照会」兼「後発品への変更連絡」票

**【ご注意】** (1) この票を利用した「Fax」でのみお答えいたします。(2) 発行日の変更は、受けません。  
 (3) レジメンに関する照会も本票でお願いします。(4) 医師への照会が必要時は、時間を要することがあります。ご了承ください。

医療法人 明和病院 薬剤部 御中

FAX番号

0798-47-1926

患者様 ID 番号 <small>[処方箋の右上に記載]</small>		処方箋交付年月日	年 月 日
患者様 氏 名		<input type="checkbox"/> 疑義照会年月日	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 調剤年月日	
患者様 生年月日	年 月 日	診 療 科	
性 別	男 ・ 女	保険医師氏名	
<input type="checkbox"/> 【照会内容】 <input type="checkbox"/> 【処方変更内容】 元の処方薬 ⇒ 変更後処方薬 / 製薬会社名 (但し、初回のみ)			
<b>【照会結果】</b>			
			〔照会者名〕
保険薬局の所在地			
及び 名称			
保険薬剤師名			
電話番号		FAX番号	