**疑義照会連絡票【ＦＡＸ：０４２－５００－６６４５】**

**東京西徳洲会病院　　　　　　　　　調剤薬局**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬局名 |  | | | 薬剤師名 |  |
| 薬局  所在地 |  | | | TEL | （　　　　　） |
| FAX | （　　　　　） |
|  |  | | |  |  |
| 患者ID |  | | | 診療科 | 科 |
| 患者氏名 |  | | | 処方  医師名 | 医師 |
| 生年月日 | □明治　□大正　□昭和　□平成　□令和  　　 　年　　　月　　　日 | | | 処方箋  交付日 | 20　　　　年　　　　月　　　日 |
| 緊急度 | □　至急　　　　　□　通常  至急…20分以内に回答します。20分以上経過しても回答がない場合は電話して下さい  通常…当日中に回答します | | | | |
| 疑義照会の内容 |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 回答 | * 照会内容の通りに処方変更して下さい * 処方箋の通りに調剤して下さい（処方変更なし）　　　　　□　その他（詳細に記載） | | | | |
| 詳細  ・  補足 |  | | | | |
| 回答者 |  | 回答日時 | 20　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分 | | |

**FAX送信先：　　０４２－５００－６６４５（薬剤部直通）**

**TEL問合せ先：　０４２－５００－６６１５（薬剤部直通）**

医療法人徳洲会　東京西徳洲会病院　2019/12/1　ver.1.0