

疑義照会の書き方 (FAX 送信時はこちらに処方せんを置いて下さい)

「内容は要点のみ記入。挨拶・依頼文は不要」

主旨を内容の上の語句から選べます。選択は必須ではありません。

\* 1 つの処方せんに複数の疑義照会がある場合

⇒①、②～と箇条書きに

\* 2 枚以上の処方せんにわたる疑義照会の場合

⇒処方せんは左右見開きで FAX してください

\* 以前にも同様の疑義照会をした場合

⇒『〇月〇日にも同様の疑義照会をして●●と回答を頂きました』

と以前の経緯が分かるように記入

## 処方せんを置く側

南松山病院薬剤部

FAX 番号

089-941-8284

送信日時 年 月 日 時 分

### 疑義照会をお願いします

処方箋発行日 年 月 日

ID No.	科名
患者氏名	保険医氏名

用法・用量 規格 日数・全量の変更 保険上の確認 処方追加・削除 重複投薬  
厚労省共同指導 副作用 適応症 日数制限付薬剤 調剤（一包化・半錠・粉碎等）

内容 いつもお世話になっております。

回答

記入者： 回答日時： 月 日 時 分

薬局名：住所／TEL／FAX

薬剤師名