

# 疑義照会票

病院名 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日 時 分 発信

フリガナ		患者番号	
患者氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日生
診療科	科	担当医師	先生
薬局名		担当薬剤師	
T E L		F A X	

患者さんの状況をお知らせします。

- 患者さんは薬局内で待っている。薬は回答が来しだい調剤して患者さんに渡す。
- 患者さんは帰宅している。薬は後で取りに来られる。(約 時間後)
- 患者さんは帰宅している。薬は薬局が配達する。
- その他( )

問い合わせ内容

(処方せん内容の問い合わせの場合、必ず処方せんのコピーを添付すること)

回答

回答者名 \_\_\_\_\_

問い合わせFAX番号(通常平日8:30~17:00)

沼津・三島・田方・北駿薬剤師会

静岡医療センターFAXコーナー-FAX 055-983-0297

保険関係 TEL 055-975-2000 内線1063

沼津市立病院FAXコーナー FAX 055-929-0462

保険関係 TEL 055-924-5100 内線2125

岡村記念病院 FAX 055-983-1590

三島総合病院FAXコーナー FAX 055-991-0636 (9:00~13:00)

三島総合病院薬局 FAX 055-975-3032 (13:00~17:00)

時間外における疑義照会は、緊急の場合のみ電話でお問い合わせください。それ以外は翌日以降にお願いします。