記入日：　　　　　年　　　　月　　　　日

* 八尾市立病院 　　　　　　　　　　□ 八尾徳洲会総合病院
* 医真会八尾総合病院 □ 医真会総合クリニックス □ 安中診療所

**疑義照会用紙　【八尾薬薬連携版】**

疑義照会は必ずFAXにて、この用紙と処方箋をご送付ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処方医： 科  先生 御机下 | | | | | | 保険薬局 名称（所在地・電話番号・FAX 番号） | | | |
| 患者番号： 患者氏名： | | | | | |
| 担当薬剤師名： | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 内　　　容 | | | | | | | | | |
| 処方箋交付日：　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | 調剤日：　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| * プロトコルに基づく変更 | | | * 日数・回数・総数の過不足 | | | | | * 投与日数(長期投与）の確認 | |
| * 処方薬の（　　追加　　削除　　変更　　）の依頼・提案（残薬調整に基づかない） | | | | | | | | | |
| * 用法・用量・服用時点の確認 | | | * 使用部位の確認 | | | | | * 処方意図の確認 | |
| * 同種同効薬の重複の確認 | | | * 相互作用の確認 | | | | | * 保険関係(公費等)の確認 | |
| 詳細記入欄 | | | | | | | | | |
| 回答日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| 回　　　答 | | | | | | | | | |
| * プロトコルに基づく変更を確認しました。 | | | | |  | | | | |
| * 処方箋のとおりに調剤してください。 | | | | | * 上記の内容のとおりに変更してください。 | | | | |
| * 下記薬剤を（　追加　　削除　）してください。 | | | | | * 下記の内容のとおりに変更してください。 | | | | |
| 詳細記入欄 | | | | | | | | | |
| 医　師 |  | 薬剤師 |  | 医事会計 | | |  | その他 |  |