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 |  |