**疑義照会票**

**福山市民病院**

**医療技術部薬剤科　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日**

**◆福山市民病院薬剤科　　☎：084-941-5151（代表）　　受付時間：平日8：30～17：15**

**◆原則FAX対応でよろしくお願いいたします。当院の院外処方箋も併せてFAXをお願いいたします。**

**（処方箋を添付する場合は患者名を判別できないようにFAXをしてください。）**

**◆上記の時間以外で緊急時は電話にて対応させて頂きます。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **保険薬局名** |  | **疑義照会薬剤師** |  |
| **保険薬局住所** |  |
| **電話番号** |  | **FAX番号** |  |
| **患者I D** |  | **患者イニシャル** |  |
| **処方箋発行日** |  | **診療科名** |  | **処方医名** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **回答区分** | * **至急**
 | **□急がない場合 （　 　　日　　 時まで　）** |
| **照会区分****（該当するものに****☑　してください）** | * ①同一成分の類似する別剤形の内服薬への変更
* ②消炎鎮痛外用剤におけるパップ剤からテープ剤への変更，またはその逆
* ③同一成分の銘柄変更
* ④複数規格がある製剤の処方において，別規格への変更調剤
* ⑤湿布薬や軟膏等，外用薬の包装規格の変更
* ⑥一包化調剤への変更，またはその逆
* ⑦処方日数適正化（処方日数が不適切な場合）
* ⑧残薬に対応するための処方日数調整（短縮）
* ⑨α－GIまたはビスホスホネート製剤の添付文書に基づく用法変更
* ⑩用法記載の補完
* ⑪その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| **疑義内容** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **回答内容** | **□ 疑義内容の通りに変更します。　 □ 処方内容は変更しません。****□ 処方内容を下記の通りに変更します。** |
|  |

＊＊＊ Drへの問い合わせ ＊\*＊

**□あり　　　□なし**

（この欄は回答後に市民病院で記載する用です。）

**回答者：　　　　　　　　　　回答日：　　　　　年　　　月　　　日**