照会日　　　年　　月　　日

疑義照会報告書

処方医　　　　　　　科 　　　　　　　　　　　　　　　　先生		保険薬局 名称・所在地	
患者 ID※		電話番号	
患者氏名		FAX 番号	
回答区分	□　至急　□（　　　日　　　時まで）	薬剤師名	

※　処方せんの患者氏名　右横 7 桁番号

疑義照会の主旨・内容

□　疑義照会簡素化プロトコルによる内容（合意書提携薬局のみ）		
□　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
□　副作用	□　適応症	□　日数制限付薬剤⇒略：日数制限
□　調剤方法（一包化・半錠・粉砕等）		□　後発医薬品⇒略：後発品
□　厚生労働省共同指導による指摘事項の為⇒略：共同指導の指摘の為		
□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）		
照会内容		

回答年月日	年　　月　　日	受付者	
回答内容	1. 処方内容に変更はありません。そのままで調剤してください。 2.　下記の内容に処方の修正、変更をお願いいたします。		

注意事項

保険請求に関する疑義照会は健康情報部へお願いいたします。

若草第一病院　TEL：072-988-1409（代表）　　FAX：072-985-6731

・・

FAX 受信者	医師	薬剤師		

2022 年 1 月版