**疑義照会報告書**

熊本赤十字病院薬剤部宛（FAX：096-384-8834）　　　　　　　報告日：　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先 | 診療科名 | 科 | | |
| 処方医師名 | 医師 | | |
| 患者情報 | 患者氏名（性別） | 様 | | 男　・　女  （いずれかに〇） |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日生 | | |
| 患者ID（登録番号） | （※患者IDは、院外処方箋左上に記載があります） | | |
| 処方箋発行日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 変更・訂正に関する事項 | 疑義照会の日時 | 年　　　　　月　　　　　日（午前・午後　　　　時　　　　分）  （いずれかに〇） | | |
| 疑義照会先 | □処方箋発行医　　　　□診療科窓口　　　□その他（　　　　　　　　） | | |
| 疑義照会前（変更前） | | 疑義照会後（変更後） | |
|  | |  | |
| 備考欄 | 【変更理由】　（該当するものすべてに☑を入れてください）  □在庫不足　　　□用法・用量　　□規格　　　□副作用　　□患者希望　　□残薬調整　　□薬学的問題  □調剤方法（一包化・半錠等）　　□保険診療上の問題 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
|  | | | |
| 保険薬局 | 保険薬局名  保険薬局の所在地  TEL番号  FAX番号 |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 薬剤師氏名 |  | | |