

疑義照会票

病 院 名 _____ 令和 年 月 日 時 分 発信

フリガナ		患者番号	
患者氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日生
診療科	科	担当医師	先生
薬局名		担当薬剤師	
TEL		FAX	

患者さんの状況をお知らせします。
☐ 患者さんは薬局内で待っている。薬は回答が来しだい調剤して患者さんに渡す。
☐ 患者さんは帰宅している。薬は後で取りに来られる。（約 時間後）
☐ 患者さんは帰宅している。薬は薬局が配達する。
☐ その他（ ）

問い合わせ内容

（処方せん内容の問い合わせの場合、必ず処方せんのコピーを添付すること）

回答

回答者名 _____

問い合わせFAX番号 （通常平日8：30～17：00） 沼津・三島・田方・北駿薬剤師会

静岡医療センターFAXコーナー FAX 055-983-0297 保険関係 TEL 055-975-2000 内線1063

沼津市立病院FAXコーナー FAX 055-929-0462 保険関係 TEL 055-924-5100 内線6300

岡村記念病院 FAX 055-983-1590

聖隷沼津病院 FAX 055-952-1176 保険関係 TEL 055-952-1000（代） 医事課

三島総合病院FAXコーナー FAX 055-991-0636 （9：00～13：00）

三島総合病院薬局 FAX 055-975-3032 （13：00～17：00）

時間外における疑義照会は、緊急の場合のみ電話でお問い合わせください。それ以外は翌日以降にお願いします。