FAX：○○病院薬剤科　○○-××-△△

Mail：○○○○@○○○○.jp

保険薬局　⇒　薬剤科　⇒　主治医

○○病院　御中

報告日　：　　年　　月　 日

　処方日　：　　年　　月　 日

**合意書における疑義照会報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| **担当医****先生　御机下** | **保険薬局　名称・所在地** |
| **患者ID：** | **電話番号：** |
| **ふりがな：****患者氏名：****生年月日：** | **FAX番号：** |
| **担当薬剤師：** |

**ご高配のほど、よろしくお願い申し上げます。**

|  |
| --- |
| 【○○病院と合意を交わした項目事項】□ 成分名が同一の銘柄変更　□ 規格・剤形の変更　□ 処方日数（数量）の変更（残薬調整）　　　□ 用法の変更　　　□ 調剤方法の変更　　　□ 外用薬に関する変更　　□ その他 |
| 合意書における疑義照会報告内容（処方内容・調剤内容・報告内容・提案内容等を記載、必要に応じて処方せんのコピーなどを添付すること） |

<注意>　緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。