



FAX： _____ 病院 薬剤科 _____ - _____ - _____

メール： _____

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。

【〇〇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。