鎌ケ谷総合病院　宛

保険薬局 → 薬剤科

疑義照会報告書

 報告日：令和　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地電話番号： FAX番号：印担当薬剤師名： |
| 患者ID： 患者氏名：　　　　　　　　　　　（男・女）生年月日：M・T・S・H・R　　 年　　月　　日処方箋発行日：令和　　　 年　　 月　 日 |

**※緊急性のある問い合わせや疑義照会は、先んじて電話にてお願いします。**

【疑義照会内容】

【後発医薬品への変更調剤等報告】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更前の薬剤名 | 変更後の薬剤名 | 製薬会社名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

FAX 047-498-8130　（鎌ケ谷総合病院　薬剤科）

FA局