

福井県済生会病院疑義照会書

一包化

(処方箋に不明な箇所がありますので照会します)

疑義照会年月日	年	月	日
患者ID :	科名 :		
患者名 :	医師名 :		
保険薬局	名称		
	所在地		
	電話番号		
	FAX番号		
	担当薬剤師氏名		

(疑義照会内容)

下記事由により、一包化調剤してよろしいでしょうか？

患者様への一包化の必要性・負担金額についての説明及び同意は (あり・なし) です。

- 飲み忘れが多く、コンプライアンス不良の為
- 目が不自由もしくは手が不自由な為シートから薬剤を取り出すのが困難である為
- 薬の種類が多く、飲み間違いが生じている為
- その他 ()

(回答)

上記のように回答します。

年 月 日

福井県済生会病院 担当薬剤師

この用紙は当院薬剤部への疑義照会専用としてください。

医事課への問い合わせは直接電話でお願いします。

薬剤部 TEL: 0776-28-6652

医事課 TEL: 23-1111(代)

薬剤部 FAX: 0776-28-8542

内線 1015