　　院外処方連絡票 　令和　　 年　　 月　　 日

１．保険薬局から市立病院　　２．市立病院から保険薬局　　（該当するものに○）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者番号 |  | | | 診療科  担当医師 | 科  先生 |
| カナ |  | | |
| 患者氏名 | 様 | | |
| 照会内容・照会先 | | 発信元　・　宛先 | | | |
| □処方内容→処方医  □処方内容→薬剤科  □保険等→医事課  □その他 | | ・保険薬局名  ・電話番号・ＦＡＸ  ・薬剤師名  必ず記載してください |  | | |
| 問合せ・連絡内容 （問い合わせの場合は、処方せんのコピーを必ず添付してください。）    病名告知　□告知済み　□未告知 | | | | | |
| 回　答 至急 ・ 回答出来次第 ・ 回答不要 | | | | | |

処方内容に関する疑義照会は病院薬剤科 054-336-1313 にFAXしてください。

保険等に関する疑義照会は病院医事課 054-334-7565 にFAXしてください。

静岡市立清水病院薬剤科 TEL 054-336-1111(代) 内線2512 FAX 054-336-1313

静岡市立清水病院医事課 TEL 054-336-1111(代) 内線2506 FAX 054-334-7565

院外処方ブース　 　 TEL 054-336-1248 FAX 054-336-1264