

照会用紙

照会先：

病院・医院疑義照会コーナー御中

日時 年 月 日 時 分

*必ず全て記入すること

必ず！

薬局名	薬剤師名
連絡先FAX ()	TEL ()
診療科名	科
患者氏名	患者番号 (ID)
(該当項目をチェックすること)	
<input checked="" type="checkbox"/> 疑義照会 <input type="checkbox"/> トレーシングレポート <input type="checkbox"/> 質問・相談 <small>(運用医療機関のみ)</small>	

(判読しやすい字で記入すること)

保険薬局記入

病院・医院で回答のチェックが変更される場合には、電話連絡が入ります。(トレーシングレポートが疑義照会に変わる場合には処方内容の変更の可能性もあります。ご注意ください)

左記どちらに該当するか分かりかねない場合にチェックする

疑義照会
 トレーシングレポート
 質問・相談

として承りました

病院・医院回答

「医療機関・連絡先一覧」の内容に従って照会されますようお願いいたします。(厳守)

回答者 _____ 回答日時 月 日 時 分

FAX送信者 _____ 送信時間 日 日 時 分

必ず処方せんもFAXすること。

必ず！！！！

照会用紙

照会先：

病院・医院疑義照会コーナー御中

日時 年 月 日

時 分

*必ず全て記入すること

薬局名	薬剤師名
連絡先 F A X ()	TEL ()
診療科名	科
患者氏名	患者番号 (I D)
(該当項目をチェックすること)	
<input type="checkbox"/> 疑義照会 <input type="checkbox"/> トレーシングレポート <input type="checkbox"/> 質問・相談 <small>(運用医療機関のみ)</small>	

(判読しやすい字で記入すること)

保険薬局記入

疑義照会 トレーシングレポート 質問・相談 として承りました

病院・医院回答

回答者

回答日時 月 日 時 分

F A X 送信者

送信時間 月 日 時 分

必ず処方せんも F A X すること。

医療機関・疑義照会・連絡先一覧（2019年4月1日現在）		
医療機関名	疑義照会	保険事務照会
いわき市医療センター	(薬剤部) TEL・FAX 26-9863 全日 9:00~17:30	(医事課) FAX 26-3184 (医事課) TEL 26-3997 (月~金) 9:00~17:30 (土・日は受付なし)
松村総合病院	TEL・FAX 23-8938 平日 9:00~17:30 土曜日 9:00~17:00 TEL 22-9911 平日 17:30~ 土曜日 13:30~ 日曜・祝日 電話連絡	TEL (代) 23-2161 平日 9:00~17:00 土曜日 9:00~12:15
舞子浜病院	FAX 39-4327 TEL 39-2059 平日 17:30~ 土曜日 18:00~ 日曜・祝日 電話連絡	
福島労災病院	FAX 26-8050	
呉羽総合病院	FAX 62-6172 TEL 63-2181 (代) 平日 17:30~ 土曜日 13:30~ 日曜・祝日 電話連絡	
かしま病院	処方せんをFAX送信後、電話連絡をしてください。 FAX 76-0333・TEL 76-0338 (薬剤部直通) 平日 8:30~17:00 土曜日 8:30~12:30	
	上記以外の時間帯・日曜祝日 (電話連絡) TEL58-8010 (代)	
ときわ会常磐病院	FAX 43-3143 8:30~17:00 TEL 43-4175 17:00~19:00 (警備員・当直医) 電話連絡	

	TEL	FAX
事務局	46-0430	95-0122
医療C FAXコーナー	26-8931	45-1162
松村 FAXコーナー	23-8931	22-3161
労災 FAXコーナー	45-2931	45-2934
呉羽 FAXコーナー	62-8931	62-8140
常磐 FAXコーナー	72-3931	72-3257