2019年12月5日

関係各位

医療法人徳洲会東京西徳洲会病院

薬剤部　岩井　大

**院外処方箋に関する疑義照会の運用変更について**

平素より当院の院外処方箋を応需して下さり誠にありがとうございます。

この度、院外処方箋に関する疑義照会をFAXによる運用へ変更させていただきます。先生方へはご不便をおかけしますが、ご理解とご協力の程よろしくお願い申し上げます。

1. 当院指定の「疑義照会連絡票」に必要事項を記入の上、

薬剤部直通ＦＡＸ（０４２－５００－６６４５）まで送信して下さい。

1. 当院から折り返しご回答・ご質問させていただく際の貴薬局名、担当薬剤師名、電話番号、ＦＡＸ番号を必ずご記入ください。
2. 患者IDは「診察券」又は「処方箋内の氏名欄右上の数字」でご確認下さい（患者誤認防止のため患者IDおよび生年月日を必ず記載して下さい）。
3. 疑義照会の内容は意図が明確になるよう、出来るだけ簡潔明瞭にご記入下さい。
4. 緊急度が「至急」の場合は原則20分以内、「通常」の場合は当日中に回答をFAXでお送りします。「至急」としたにも関わらず20分以上経過しても回答がない場合は、お手数ですが薬剤部へ電話連絡をお願いいたします。
5. 手書きの場合は丁寧な文字で判読可能なようにご留意下さい。

疑義照会の正確性を向上させ患者安全を推進するためにも、FAXによる疑義照会の運用へご協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。

＜本件の問い合せ先＞

医療法人徳洲会　東京西徳洲会病院

薬剤部長　岩井　大

TEL：０４２－５００－４４３３(代表)

Mail：masaru.iwai@tokushukai.jp

**疑義照会連絡票【ＦＡＸ：０４２－５００－６６４５】**

**東京西徳洲会病院　　　　　　　　　調剤薬局**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬局名 |  | 薬剤師名 |  |
| 薬局所在地 |  | TEL | 　　　　（　　　　　） |
| FAX | 　　　　（　　　　　） |
|  |  |  |  |
| 患者ID |  | 診療科 | 科 |
| 患者氏名 |  | 処方医師名 | 医師 |
| 生年月日 | □明治　□大正　□昭和　□平成　□令和　　 　年　　　月　　　日　 | 処方箋交付日 | 20　　　　年　　　　月　　　日 |
| 緊急度 | □　至急　　　　　□　通常至急…20分以内に回答します。20分以上経過しても回答がない場合は電話して下さい通常…当日中に回答します |
| 疑義照会の内容 |  |
|  |  |
| 回答 | * 照会内容の通りに処方変更して下さい
* 処方箋の通りに調剤して下さい（処方変更なし）　　　　　□　その他（詳細に記載）
 |
| 詳細・補足 |  |
| 回答者 |  | 回答日時 | 20　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分 |

**FAX送信先：　　０４２－５００－６６４５（薬剤部直通）**

**TEL問合せ先：　０４２－５００－６６１５（薬剤部直通）**

医療法人徳洲会　東京西徳洲会病院　2019/12/1　ver.1.0