

[ ] 病院処方内容等照会表

疑義照会は必ず FAX にてこの照会表と 処方せん を当該病院問い合わせ先へご送信下さい。

保険薬局名	薬局 ( 支部)		薬局 FAX 番号
薬剤師名	処方せん発行日	年 月 日	薬局 電話番号
患者氏名	患者番号		
内 容			

平成 年 月 日

回 答
-----

回答者

診療科		薬剤科		医事課	
医 師					