

松田病院 処方せん疑義照会票

※必ずFAXにてこの疑義照会票を送信して下さい

受付 FAX 086-422-7495 TEL 086-422-3550

報告日 年 月 日

保険薬局名	薬局	保険薬局 FAX番号	
薬剤師名		保険薬局 電話番号	
ID 患者氏名		処方せん 発行日	年 月 日
診療科 医師	科	当院対応者	(電話で対応した者の氏名をご記入下さい)

照会内容:

回答:

病院記入欄	(備考)				
受付時刻	:	受付		薬剤師	