

十三市民病院 処方内容等照会票

疑義照会は必ずFAXにて、この照会票と処方せんを下記の窓口までご送付ください。

保険薬局名		薬局 FAX	
薬剤師名		薬局 TEL	
患者氏名		患者番号	
照会日	年 月 日	処方箋発行日	年 月 日
内 容			

令和 年 月 日

回 答

回答者

薬剤部		診療科	
医師		医事課	

十三市民病院 疑義照会専用 薬剤部直通 FAX 06-6150-8695
平日 午前8時45分 から 午後5時15分 までをお願いします。