

国保旭中央病院 薬剤局

FAX:0479-63-8214, 8215 TEL:0479-63-8212, 8213

※ この用紙と処方せんを一緒に送信してください。
※ 保険請求に関しては、各科外来へ確認をお願いします。【 TEL:0479-63-8111(病院代表) 】

院外処方せん疑義照会票

患者氏名		保険薬局名	
当院 ID 番号		薬剤師氏名	
診療科		FAX 番号	
処方医師名		電話番号	
処方せん発行日	年 月 日	疑義照会日時	年 月 日(:)
照会内容			

回答日時	年 月 日(:)	回答者名	
<input type="checkbox"/> 処方の通り調剤をお願いします。			
<input type="checkbox"/> 照会内容の通り、処方変更をお願いします。			
<input type="checkbox"/> 下記の通り、処方変更をお願いします。			