疑 義 照 会 書（豊川市民病院）

豊川市民病院　　薬局　・　医事課　　宛

照会日　（西暦）　　年　　月　　日

保険薬局名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　薬剤師 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険薬局記入欄	処方発行日：（西暦）　　年　　月　　日		
患者ＩＤ （ＩＤ不明時は生年月日を記載）		診療科	
患者氏名		処方医	
【疑義内容】　至急　・　不急			
処方箋もしくは処方内容の分かるものを添付して下記へＦＡＸしてください。 送付枚数（本紙含む）　＿＿＿＿枚			

【疑義照会先】平日 ８：３０～１７：１５ （左記時間外は回答が翌営業日になることもあります）

調剤内容　：　薬局　調剤室　ＦＡＸ：０５３３－８６－１２１８

保険内容　：　医　事　課　ＦＡＸ：０５３３－８６－１７０１

※ 病院記入欄	【回答者】
【回答内容】	