旭ろうさい病院専用　院外処方箋疑義照会FAX用紙

送信先FAX：０５６１-５２-７１６７（薬剤部直通）

|  |  |
| --- | --- |
| 疑義照会日：　　　 年　　月　　日　　　時　　分 | 処方箋発行日：　　　年　　　月　　日 |
| 送信元保険薬局名 | TEL： |
| FAX： |
| 疑義内容この欄に院外処方箋をコピーするなどして使用してください。手書きによる疑義照会の場合には以下の項目を記入してください。□ 患 者 名□ 病院患者ID患者カナ氏名右の○○○○○○○○-○□ 診 療 科 | 備　考 |
| 回答 | 以下、病院使用欄返答者 |
|  |
| 送信時間／疑義分類 |