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 |