

大阪公立大学医学部附属病院処方内容等照会表

疑義照会は必ず FAX にてこの照会表と 処方箋 を当該病院問い合わせ先へご送信下さい。

保険薬局名		薬局		薬局 FAX 番号	
薬剤師名		処方箋発行日	年 月 日	薬局電話番号	
患者氏名		患者 ID			
診療科		医師名			
内容					

年 月 日

回答

回答者 必ずご記入くださいますようお願いいたします

診療科		医師名		
薬剤部		医事課		