大阪市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		