大阪市立大学医学部附属病院　レジメン情報提供依頼書

レジメンに関する照会は、本書式に照会内容を記載の上、FAX (06-6646-6051)して下さい。回答は原則、送信日を含む 3 営業日以内に FAX で返信します。なお、本書式はレジメンに関する照会専用であり、処方に関する疑義照会や服薬情報提供は専用の書式を用いて行ってください。

年　　月　　日

保険医療機関名		FAX 番号	
担当者氏名		電話番号	
内容			

薬剤部 FAX 受付 → 化学療法室 薬剤師