**疑義照会書**

市立根室病院薬剤部　御中 （ FAX：0153‐24‐6538 ）

|  |  |
| --- | --- |
| 照会日時 | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　時　　　　　分 |
| 　　　　　　　　　　　　至急　　　・　　　本日中　　　（〇で囲む） |
| 保険薬局名 |  | 電話番号 |  |
| 薬剤師名 |  | FAX番号 |  |

|  |
| --- |
| 照会内容（内容は簡潔に、きれいな文字で記入ください。必ず処方箋を一緒にFAXしてください。） |
|  |
| 疑義照会についての回答は以下のとおりです。□ 処方が変更になりましたので、別紙を参照ください。□ 下記の理由により、処方変更はありません。 |
| 対応日時 | 年 月 日時 分 | 対応者 |  | 会計係 |  |

**※保険などに関する問い合わせは外来事務に電話での照会をお願いします。TEL：0153-24-3201**

疑義照会書

|  |
| --- |
| この部分に処方箋をおき、FAX送信してください。 |