

知多厚生病院 薬剤部 宛

疑義照会FAX 0569-82-5723

(処方せんの中の疑義照会)

疑義照会年月日			
フリガナ			
患者名	様	患者 ID	
診療科・医師名	科	医師	交付年月日 年 月 日
問い合わせ内容 保険薬局 → 知多厚生病院			
返答 知多厚生病院 → 保険薬局			
		返答者	

病院 → 保険薬局 (必要○)	再発行します	地区名	
	(後日交換してください)	保険薬局名	
	訂正印で可	電話番号	
		FAX番号	