

春日井市民病院 疑義照会票(電子処方せん用)

各項目ご記入いただき、薬剤科の疑義照会用FAX【0568-57-0094】までご連絡ください。

患者ID		患者氏名	
保険薬局名		薬剤師名	
薬局電話番号		薬局FAX番号	

処方内容等を添付して頂く場合は、記載は不要です。

疑義照会日	年 月 日	処方発行日	年 月 日
引換番号			

内容

回答

回答日	年 月 日	担当薬剤師	
-----	-------	-------	--