

処方内容・患者情報 問い合わせ票

清水さくら病院

令和 年 月 日

外来Fax: 054-340-8260

時 分

患者番号								診療科		科	
患者氏名								担当医	先生		
生年月日	大・昭・平・令		年		月		日		() 歳		
発信元	薬局名 / 所在地 / 電話 / FAX / 担当薬剤師名							照会先 (内容) 「レ」を付けてください <input type="checkbox"/> 処方内容等 → 担当医へ <input type="checkbox"/> 保険関係 → 事務担当へ <input type="checkbox"/> 薬剤製剤関係 → 院内薬局へ <input type="checkbox"/> その他			

至急 本日中 回答出来次第

17:00以降は翌日対応となります。 緊急の場合は電話で疑義 翌日疑義照会結果をFaxしてください

問い合わせ・連絡内容

● 処方内容・問い合わせの場合は必ず処方せんのコピーを添付のこと

回答

回答者: 担当