

# 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	
<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 本日中午 <input type="checkbox"/> 回答出来次第									

## 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

医師の確認済み  
(チェックしてください)

医師名

回答者: 担当