

院外処方箋疑義照会票

岡崎市民病院

科

先生御中

回答希望 = 至急 ・ () 日まで

年 月 日 時 分 発信

登録番号 (患者 ID)		患者氏名	
処方箋 発行年月日	年 月 日	照会番号	
薬局名		薬剤師氏名	
TEL		FAX	
照会事項			
回答内容			
回答者		回答時間	年 月 日 時 分

【注意事項】

1. 問い合わせは必ずこの用紙にてファックスでお願いします

【 FAX 0564-66-7034 】

問い合わせ時間 平日 午前8:30 ~ 午後5:00

午後5:00を過ぎますと当直者1名のため十分な回答ができない場合があります

2. 保険に関する問い合わせは下記へ

TEL 66-7113 (料金計算) 又は FAX 66-7691 (業務課医事班)

岡崎市民病院 薬局