**尾道市立市民病院　【院外処方せん疑義照会報告書】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処方せん交付日 | 　　　　　年　　月　　日 | 照会日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 処方No. |  | 薬局名 |  |
| 診療科：処方医 |  | 薬剤師名 |  |
| 患者番号 |  | TEL |  |
| 患者名 |  | FAX |  |
| 照会内容 |  |

|  |
| --- |
| 回答日：　　　　　年　　月　　日 |
| 回答内容 |

【注意事項】

薬剤に関する問い合わせは薬剤部へ、保険に関する問い合わせは医事課へ電話してください。

疑義照会後は、この報告書に必要事項を記入し、薬剤部へFAXしてください。

TEL：0848-47-1155（代表）、　FAX：0848-55-9059（薬剤部）