

## 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(イニシャル)		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。

プライバシー保護のため、患者名はイニシャルを記入してください。

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