

呉共済病院 処方せん疑義照会票

* 必ずFAXにてこの疑義照会票と処方箋を一緒に送信してください *

処方内容について	薬剤科 FAX 0823-32-0207	TEL0823-22-2111(代表)
-----------------	-----------------------------	----------------------------

保険内容について 医事課 FAX 0823-22-2116 TEL0823-22-2111(代表)
 FAX受付時間:平日8:30~17:15 (左記時間以外で緊急の場合はTELにて対応致します)

疑義照会日 年 月 日

保険薬局名	薬局	保険薬局 FAX番号	-	-
薬剤師名		保険薬局 電話番号	-	-
患者氏名		処方せん 発行日	年	月 日
診療科	科	当院対応者	(電話で対応した者のお名前をご記入ください)	

照会内容(簡潔にお願い致します)

回答

受付時間	:	受付薬剤師		医事課	
------	---	-------	--	-----	--