

呉共済病院 連絡票

* 必ずFAXにてこの連絡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)
----------	----------------------	---------------------

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)	

連絡内容(トラブル状況及び患者様への対応等)

呉共済病院 薬剤科からの返信

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