

疑義照会結果報告書

総合せき損センター 宛

年 月 日

照会先 (番号に○)	1. 医師(処方内容のこと)	FAX : 0948-25-1465
	2. 薬剤部(調剤のこと)	
	3. 医事課(保険内容のこと)	

患者様情報		保険薬局情報	
氏名	様	保険薬局名	
患者 ID		所在地	
診療科	科	電話番号	
処方医氏名	医師	FAX 番号	
処方箋交付 年月日	年 月 日	薬剤師 氏名	

内容 : 1. 処方薬 2. 用法・用量 3. 長期投与不可 4. 保険関係・患者情報 5. その他
(○で囲む)

(内容は簡素にご記入ください。処方箋と一緒に FAX 送信してください。)

回答

回答者	医師 薬剤師 医事課	回答日時	年 月 日 時 分
-----	------------	------	-----------