

彩都友紘会病院 疑義照会用紙

FAX 番号: 072-641-6248

疑義照会は必ず FAX にて、この用紙と処方箋を送付してください

保険薬局名			
薬局 FAX 番号		担当薬剤師名	
患者氏名		処方医	
<u>疑義内容</u>			

回答	
<input type="checkbox"/> 処方箋のとおり调剂してください。	<input type="checkbox"/> 上記の内容のとおり変更してください。
<input type="checkbox"/> 下記薬剤を(追加 削除)してください。	<input type="checkbox"/> 下記の内容のとおり変更してください。
<u>詳細</u>	
回答者(薬剤師)氏名:	

* 疑義照会の対応時間は平日 9 時~17 時です。時間外の問い合わせは後日返答となります。