

大阪急性期・総合医療センター 処方内容等照会表

(様式 1)

疑義照会は、FAX にてこの照会表と 該当院外処方箋 を、薬局薬薬連携室へご送付ください。

対応時間： 平日 9：00～17：00 FAX 06-6692-0252（直通）

記入日： 年 月 日

保険薬局名	薬局		店	薬局 FAX 番号	
薬剤師名		処方箋発行日	年 月 日	薬局電話番号	
患者氏名			患者番号		
診療科			保険医師名		
内 容					

回答日： 年 月 日

回 答

回答者 _____