

# 大阪急性期・総合医療センター 処方内容等照会表

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 \_\_\_\_\_