

切り離さないでそのままA4でFAXして下さい。

疑義照会連絡票					
年 月 日		診療科目		処方医師 氏 名	
時刻					
患者 I D		患者氏名			
疑義照会内容及び変更・追加内容					
保険薬局名				薬剤師	

あかびら市立病院使用欄				No	
市立赤平総合病院 薬剤課		薬剤課		会計	
TEL	0125- 3 4 - 2 2 7 7	検印		入力	
FAX	0125- 3 4 - 2 2 7 8				

疑義照会連絡票					
時刻 年 月 日 :	診療科目		処方医師 氏名		
患者ID		患者氏名			
疑義照会内容及び変更・追加内容					
保険薬局名			薬剤師		

あかびら市立病院使用欄				N o	
市立赤平総合病院 薬剤課		薬剤課		会計	
TEL	0125- 3 4 - 2 2 7 7	検印		入力	
FAX	0125- 3 4 - 2 2 7 8				