

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 時刻 :	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 No				
あかびら市立病院 薬剤課 TEL 0125-34-2277 FAX 0125-32-1141	薬剤課 検印		会計 入力	

疑義照会連絡票				
年 月 日 時刻 :	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 No				
あかびら市立病院 薬剤課 TEL 0125-34-2277 FAX 0125-32-1141	薬剤課 検印		会計 入力	