**FAX . 076-461-7760**

**疑 義 照 会 報 告 書**

報告日 　　　令和　　　年　　月　　日

保険薬局名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

報告薬剤師\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAX\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処方発行日 | 令和 | 年 | | 月 | | 日 |
| 患 者 ID |  | | 患者氏名 | |  | |
| 診 療 科 |  | | 処 方 医 | |  | |
| 【疑義内容】　至急　・　本日中 | | | | | | |
| 【回答】 | | | | | | |

受付時間　 平日9:00～17:00、土曜9:00～12:00