



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 ・ 本日中午				
【回答】				

受付時間 平日 9:00~17:00、土曜 9:00~12:00