

大阪医科大学附属病院 処方内容等照会表

FAX 072-684-6599

疑義照会は必ずFAXにてこの照会表と処方せんをご送信下さい。

保険薬局名	『 薬局 (店) 』			薬局FAX 番号	
薬剤師名		処方せん発行日	年 月 日	薬局電話 番号	
患者氏名	様	患者番号			

内 容

平成 年 月 日

回 答

回答者

診療科名		薬剤部		医事課	
医師名		疑義照会窓口担当者:			

【院内連絡事項】

上記回答についてオーダ記録の修正不要
医師署名: