

# 福井県済生会病院疑義照会書

(処方箋に不明な箇所がありますので照会します)

|   |                     |  |  |
|---|---------------------|--|--|
| 疑義照会年月日   | 年 月 日               |  |  |
| 患者ID :  | 科名 :                |  |  |
| 患者名 :   | 医師名 :               |  |  |
| 保険薬局  | 名称                  |  |  |
|   | 所在地                 |  |  |
|   | 電話番号                |  |  |
|   | FAX番号               |  |  |
|   | 担当薬剤師氏名             |  |  |
| (疑義照会内容)  |                     |  |  |
| (回答)  |                     |  |  |
| 上記のように回答します。 年 月 日                                    |                     |  |  |
| 福井県済生会病院 担当薬剤師  |                     |  |  |
| この用紙は当院薬剤部への疑義照会専用としてください。<br>医事課への問い合わせは直接電話でお願いします。 |                     |  |  |
| 薬剤部 TEL: 0776-28-6652                                 | 医事課 TEL: 23-1111(代) |  |  |
| 薬剤部 FAX: 0776-28-8542                                 | 内線 1015             |  |  |