**疑義照会書（豊川市民病院）**

**豊川市民病院　　薬局 　・　医事課 　宛**

**照会日　　令和　　年　　月　　日**

**保険薬局名**

**薬剤師 氏名**

**ＴＥＬ**

**ＦＡＸ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **保険薬局記入欄** | **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　・　不急** | | | |
| **処方箋を添付して下記へＦＡＸしてください。**  **送付枚数（本紙含む）　＿＿＿＿＿枚** | | | |

**【疑義照会先】平日 ８：３０～１７：１５　(左記時間外は回答が翌営業日になることもあります)**

**調剤内容　：　薬局　調剤室　ＦＡＸ：０５３３－８６－１２１８**

**保険内容　：　医事課　ＦＡＸ：０５３３－８６－１７０１**

**----------------------------------------------------------------------------------------------**

|  |  |
| --- | --- |
| **※ 病院記入欄** | **【回答者】** |
| **【回答内容】** | |