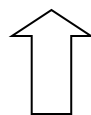


# 疑義照会報告書



成田富里徳洲会病院 薬剤部  
送付先 FAX : 0476-93-0715

年 月 日

保険薬局名称 :  
所在地 :  
電話番号 :  
FAX 番号 :  
担当薬剤師名 :

処方医師

科

先生

|       |  |        |  |
|-------|--|--------|--|
| 患者 ID |  | 患者氏名   |  |
| 生年月日  |  | 処方箋発行日 |  |

※緊急性の高い至急の疑義照会の場合は、お電話ください。

[Tel : 0476-93-1001](tel:0476-93-1001)(代表)

## 【疑義照会内容】

## 【返答内容】

- ☐ 問い合わせいただいた内容通りでお願いします。
- ☐ 下記の通りの対応をお願いします。

成田富里徳洲会病院 担当薬剤師名 :

FAX : 0476-93-0715 (成田富里徳洲会病院 薬剤部)