



FAX 054-643-1306



藤枝平成記念病院 疑義照会票

診療科								科	至急・本日中・回答出来しだい・報告 (明日以降可) (回答不要)
担当 医師名								先生	
患者 ID番号							発信 時刻	令和 年 月 日 時 分	
患者 氏名	様 男・女							生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日
薬局名								薬剤師 氏名	
薬局 所在地								TEL	() -
								FAX	() -

内容 : 1. 処方薬 2. 用法・用量 3. 残薬 4. その他 (○で囲む)

標題

(内容は、簡潔・明瞭に箇条書きにしてください。)

必要な場合は、処方箋のコピーを添付すること

回答

回答者サイン

*できるだけ業務時間内(月～金:8:30～17:00 土:8:30～12:00)にお問い合わせ下さい。

*回答を急ぐ場合は、お電話での送信連絡をお願いします。

*保険に関する問い合わせは、直接医事課にお電話で問い合わせ下さい。

藤枝平成記念病院 電話(代)054-643-1230

2019年5月現在
(薬剤-様-33)