

疑義照会・連絡等 FAX 用紙

この部分に処方箋をおき、
コピーください。

<保険薬局様へ>

疑義照会は原則、FAXにて市立野洲病院薬剤課までお願いします。緊急等の事情により電話で直接照会した場合は、照会後に薬剤課まで内容のFAXをお願いします

疑義照会 簡素化プロトコルによる調剤

保険薬局ご記入欄

令和 年 月 日

薬局名称:

電話番号:

FAX 番号:

担当薬剤師:

薬剤部回答記入欄

回答者: (月 日 時 分)

市立野洲病院 薬剤課 FAX 番号:077-588-1932