

問 い 合 わ せ 票

年 月 日 午前 時 分 午後 時 分 発信

診療科 科

先生

薬局名

電 話

F A X

薬剤師名

印

患者氏名	(男・女)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日						
		ID No.							
内 容 疑義照会・併用薬・患者情報・調剤・その他 () 処方せん交付日 年 月 日 処方内容問い合わせの場合は処方せんのコピーを添付して下さい ※ ○を付けて下さい 至急 本日中 後日									
回 答 サイン									