大阪大学歯学部附属病院処方疑義照会票

FAX番号：06-6879-2381

疑義照会は本票と処方箋をFAXにて送信してください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者番号 |  | 保険薬局名 |  |
| 患者氏名 |  |
| 処方医 |  | 薬剤師名 |  |
| 診療科 |  | 薬局FAX番号 |  |
| 処方箋発行日 | 　　　　年　　月　　日 | 薬局電話番号 |  |
| 内容 |

|  |
| --- |
| 回答回答日：　　　年　　月　　日　回答者：　　　　　　　　　 |

2022年4月作成