

疑義照会書

様式1

AOI 名古屋病院 宛

照会先 (番号に○)	1. 外来 (処方内容のこと)	FAX:052-932-7158
	2. 薬剤部 (調剤のこと)	
	3. 医事課 (保険内容のこと)	

照会日時	年	月	日	時	分
------	---	---	---	---	---

至急 ・ 本日中 ・ 回答出来下さい

患者様情報	
氏名	様
* 患者 ID (登録番号)	
診療科	科
発行医名	医師
処方箋交付年月日	年 月 日

保険薬局様情報	
保険薬局名	
所在地	
電話番号	
FAX 番号	
薬剤師氏名	

※患者 ID は、「処方箋の備考欄」に記載があります。

<p>内容: 1. 処方薬 2. 用法・用量 3. 長期投与不可 4. 保険関係・患者情報 5. その他(○で囲む)</p> <p>(内容は簡素に御記入ください。処方箋と一緒に FAX 送信してください。)</p>

回答					
回答者	医師	薬剤師	医事課	回答日時	年 月 日 時 分