

# 疑義照会書（診療時間外用）

様式 2

※FAX は通知設定でお願いします。

AOI 名古屋病院 宛

照会先 (番号に○)	1. 外来 (処方内容について)	FAX:052-932-3884
	2. 薬剤部 (調剤について)	
	3. 医事係 (保険内容について)	

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

至急 ・ 回答出来次第
-------------

患者情報	
氏名	
※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><b>内容:</b> 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 医事係	回答日時	年	月	日 時 分