

# 泉大津急性期メディカルセンター処方内容照会表

疑義照会は必ず FAX にてこの照会表と処方箋を院外処方箋相談窓口

(FAX 番号 0725-58-8576) までご送付ください。

疑義照会日 年 月 日

保険薬局名	薬局			薬局 FAX 番号	
薬剤師名		処方箋発行日	年 月 日	薬局電話番号	
患者氏名	様	患者番号		生年月日	年 月 日

## 薬剤名

用法、  用量、  規格、  処方日数、  その他  
内容

回答  カルテを確認しました  
 医師に確認しました  
 変更なし (処方箋通り調剤お願い致します)  
 変更します

## 内容

回答者 泉大津急性期メディカルセンター 薬剤部 \_\_\_\_\_

泉大津急性期メディカルセンター 薬剤部

大阪府泉大津市我孫子 97 番 1

FAX 0725-58-8576 電話 0570-021199 (代)