

院外処方箋疑義照会用 F A X 用紙

水戸協同病院 FAX番号 029-224-8884

疑義照会はこの用紙を同時に処方箋も送信してください

保 険 薬 局 記 載	薬局名		薬局担当者名	
	住所			
	薬局電話番号		薬局 F A X 番号	
	患者 I D		患者氏名	
	診療科		処方医師名	
	回答区分	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> (日 時まで)		
疑義照会内容				
病 院 記 載 欄	回答者		回答日	
	<input type="checkbox"/> そのまま調剤してください			
	<input type="checkbox"/> 問い合わせ内容通り調剤してください			
	<input type="checkbox"/> 下記の内容に処方の変更してください			
詳細・補足内容				

対応時間 8:30~17:00 (祝祭日、第2第4土日曜除く)

8:30~13:00 (第1第3土曜日)

水戸協同病院 薬剤部

処方箋添付