

(様式 1)

医療法人社団英志会 富士整形外科ララ広見クリニック
院外処方箋疑義照会票

この照会票と院外処方箋を FAX してください。

FAX番号 0545-67-1636

疑義照会日 年 月 日

保険薬局名			
電話番号		FAX 番号	
薬剤師名			

患者氏名 (判明不能表記)			
患者 ID		生年月日	
処方箋発行日		保険医氏名	
疑義内容			

回答日		回答者氏名	
回答			