

照会用紙

照会先： 病院・医院疑義照会コーナー御中

日時 年 月 日 時 分

\*必ず全て記入すること

薬局名	薬剤師名
連絡先FAX ( )	TEL ( )
診療科名	科
患者氏名	患者番号 (ID)
(該当項目をチェックすること)	
<input type="checkbox"/> 疑義照会 <input type="checkbox"/> トレーシングレポート <input type="checkbox"/> 質問・相談	
(運用医療機関のみ)	

(判読しやすい字で記入すること)

保険薬局記入

疑義照会     トレーシングレポート     質問・相談    として承りました

病院・医院回答

回答者

回答日時 月 日 時 分

FAX送信者

送信時間 月 日 時 分

必ず処方せんもFAXすること。