**あま市民病院　疑義照会書**

**FAX番号：052-442-4955（薬剤室直通）**

**TEL番号：052-444-0081（薬剤室直通）**

**受付時間　平日9時から17時　土曜日/日曜日/休日9時から12時**

**受付時間後のFAXは翌日以降の対応になります**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **照会日時** | **年　　　月　　　日****時　　　分** |  | **至急・本日中・回答出来次第** |
|  |  |
| **患者情報** | **保険薬局情報** |
| **氏名** |  | **薬局名** |  |
| **患者ID** |  | **FAX番号** |  |
| **診療科** |  | **TEL番号** |  |
| **処方医師** |  | **担当薬剤師** |  |
| **交付年月日** |  |  |

|  |
| --- |
| **疑義照会内容** |

|  |
| --- |
| **回答** |
| 回答者： | 回答日時 | 年　　月　　日　　時　　分 |

注1：処方箋を一緒にFAXしてください。

注2：保険内容に関する疑義照会は従来通り電話で医事課にお問い合わせください。