疑義照会依頼書/回答書

送信先　宇治徳洲会リハビリテーション病院　薬剤部　FAX　0774-85-2172

処方日	年　月　日
診療科	
保険医師名	
患者 ID	
患者氏名	M　F

患者交付予定日	年　月　日
保険調剤薬局名 TEL. FAX.	記入者

内容(処方箋コピー可)

※在宅患者様の院外処方に関する問い合わせは当院在宅医療部 FAX0774-81-0225 までお願いします

回答日時＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　回答者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿