

船橋市立医療センター疑義照会報告用紙

疑義照会用 FAX 番号：047-429-1380

年 月 日

薬剤局 ・ 医事課

患者さん ID 番号（処方箋左上の番号） \_\_\_\_\_

右の処方箋の疑義照会内容と回答について報告致します。

問い合わせ内容

プロトコルによる「事前合意※」であればチェック

※「事前合意」は、あらかじめ当院と「疑義照会における合意書」が必要です。

回答欄

処方箋添付箇所

発信薬局名