

疑義照会依頼書/回答書

送信先 宇治徳洲会病院 薬剤部 FAX 0774-25-2850

処方日	年 月 日
診療科	
保険医師名	
I.D.	
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（処方箋のコピー可）

--

回答日時 _____

回答者 _____