

# 疑義照会票

関西医科大学香里病院 御中  
(FAX: )

診療科		照会年月日 : 令和 年 月 日	
科		患者ID.	
処方医		患者氏名	
処方箋発行日 : 令和 年 月 日			
照会内容			
保険薬局名	薬局	店	支店
電話番号	FAX番号		
照会薬剤師名			

回答年月日 : 令和 年 月 日			
回答者	診療科	医師	薬剤師
	科		医事課
回答内容			
			医師: カルテ修正 ( 済・未・不要 )

FAX返信日時 : 月 日 時 分
FAX返信者名 :

## 【注意】

- ・疑義照会は必ずFAXで行って下さい
- ・照会時にはこの疑義照会票と処方箋を送信して下さい
- ・FAX受付時間帯 : 平日9:00~  
開院(土)9:00~