

疑義照会書

様式1

水戸ブレインハートセンター医事課

- 照会先 (番号に○) 1. 医事課(処方内容のこと) FAX:029-222-7008
2. 医事課(保険内容のこと) FAX:029-222-7008

照会日時	平成	年	月	日	時	分
------	----	---	---	---	---	---

至急 ・ 本日中 ・ 回答出来したい

患者情報	
氏名	様
患者ID	
診療科	科
処方発行医師名	医師
処方箋交付日	平成 年 月 日

保険薬局様情報	
保険薬局名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
薬剤師名	

内容: 1. 処方薬 2. 用法・用量 3. 長期投与不可 4. 保険関係・患者情報 5. その他 (○で囲む)
(内容は簡素に御記入ください。処方箋と一緒に FAX 送信してください。)

回答	
回答者	医師 医事課
回答日時	平成 年 月 日 時 分