回答者：　　　　　（　　　月　　　日　　　時　　分）

令和　　　　年　　　　月　　　　日

薬局名称：

電話番号：

FAX番号：

担当薬剤師：

薬剤部回答記入欄

市立札幌病院薬剤部 FAX番号：011-726-7919

保険薬局ご記入欄

□ 疑義照会　　□ 連絡など

＜保険薬局様へ＞

疑義照会は原則、FAXにて市立札幌病院薬剤部までお願いします。緊急等の事情により診療科外来へ直接照会した場合は、照会後に薬剤部まで内容のFAXをお願いします。

疑義照会・連絡等FAX用紙

この部分に処方箋をおき、コピーください。