

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。

<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 連絡など

保険薬局ご記入欄

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

回答者: (月 日 時 分)

市立札幌病院薬剤部 FAX 番号:011-726-7919