

処方内容等照会票

※ 処方せんも同時に F A X お願いします

【 受付時間 平日 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0、土曜日 9 : 0 0 ~ 1 2 : 0 0 】

時間外及び医師不在時は翌日以降の返信となります。ご了承下さい。

患 者 氏 名		I D	
生 年 月 日	M T S H R	年 月 日	生 男性 女性
送 信 日 時	西暦	年 月 日	時 分
薬 局 名 住所、FAX、TEL			
担当薬剤師名			
照 会 先	1. 科	医 師 名	
	2. 薬剤部	3. 医事課	4. その他 ()
照 会 内 容			
回答者署名 ()	1. 医師 2. 薬剤師 3. ()		
回 答			
返 信 日 時	月 日	時 分	返信者 ()

F A X 送付先 市立貝塚病院 薬剤部 0 7 2 - 4 3 8 - 5 8 9 2

保険関係 医事課 0 7 2 - 4 3 8 - 5 5 1 0

(院内運用 : 薬剤部 → 各科 → (内線 6 0 0) F A X コーナー → 問合わせ薬局)