

院外処方箋疑義照会書

照会日	年 月 日		
薬局名		照会者名	
住所		送信枚数	枚
電話番号		FAX 番号	
患者名	様	患者 ID	
診療科	科	処方医名	先生
照会内容			
回答			
医師		薬剤師	

上記の事項につき照会したいので院外処方箋のコピーとともに FAX します。