|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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もにFAXします。