|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。