

疑義照会後の報告書

FAX 0493-72-0936

小川赤十字病院 薬剤部

報告日 年 月 日

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
処方箋発行日： 20 年 月 日 患者ID 患者名	電話番号： FAX番号： 担当薬剤師名： 印

■報告内容

Large empty box for reporting content.

* 報告書受付は随時対応させていただきます。
本報告書は処方箋とともに当院 薬剤部までFAXしてください。