（送信先）日本医科大学多摩永山病院　薬剤部行

FAX　042-372-7345

疑義照会報告書

以下の件につきまして、疑義照会いたしました。ご確認お願いいたします。

保険薬局→薬剤部→処方医師

処方医：　　科　　先生　保険薬局名称・住所

処方日：　　年　　月　　日

疑義照会日時：　　TEL：

　　年　　月　　日　　時　　分　FAX：

患者名：　　担当薬剤師：　　印

ID：

患者からの同意　　□得た　□得ていない

内容記載、または処方箋コピー