独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院
薬剤部　御中　薬剤部直通ＦＡＸ：077-534-3198
下記の件で照会いたします。

○　処方内容等		○　保険記号・番号等	
○　調剤技術等		○	
○　そ　の　他	照会年月日　/　/		
	受付年月日　/　/		
薬局名		ＴＥＬ	
薬剤師名		ＦＡＸ	

〔照会内容〕

〔回　　答〕

対応担当	診療科		薬剤科	

処方せんコピー貼付欄

疑義の問合せには、処方箋のコピーを
ここに貼付してＦＡＸにて送信ください。

注 1：処方内容に関する疑義照会は処方医に直接電話で照会してください。
疑義照会により処方内容が変更となった場合、上記報告書に疑義内容・回答等を記入後、処方箋（写）と共に FAX で薬剤部（院外専用 FAX：077-534-3198）にお送りください。
注 2：疑義照会受付時間は　平日　9 時から 17 時 15 分までとします。他の時間には対応できません。
注 3：調剤技術に関することは薬剤部、保険請求に関することは医事課に照会をしてください。