

JA 北海道厚生連 遠軽厚生病院 連絡票

※医薬品の変更のあった場合、もしくは、疑義照会した場合はこの報告書を FAX 送信してください。

※疑義照会により処方内容が変更になった場合、当該処方箋も併せて FAX 送信してください。

※疑義照会等の FAX の受付時間は平日 8:30~17:00 です。土日・祝祭日は受付けていません。

連絡内容を○で囲み、太線内を記載してください

1. 疑義対応報告

2. 副作用報告

3. その他

患者 ID		処方箋発行日	(西暦) 年 月 日
患者氏名		保険薬局名	
生年月日	(西暦) 年 月 日	薬剤師名	
診療科名		保険薬局 FAX 番号	
主治医名		保険薬局 電話番号	

連絡内容

FAX 番号：医事課 0158-42-3828 (医事課宛)

JA 北海道厚生連 遠軽厚生病院

平成 30 年 4 月 2 日