

(院外様式 1)

大阪歯科大学附属病院 院外処方せん疑義照会票

疑義照会は、この照会票と院外処方せんを大阪歯科大学附属病院 医事課まで送付して下さい。

大阪歯科大学附属病院 医事課

FAX 番号 06-6910-1071

疑義照会日 年 月 日

保険薬局名	薬局		
電話番号		FAX 番号	
薬剤師名			

患者氏名			
患者 ID		院外処方箋 No.	
保険医氏名		診療科名	
疑義内容			

回答日 年 月 日

回答

対応者

医事課		医師・ 歯科医師		薬剤師		備考	
-----	--	-------------	--	-----	--	----	--