

院外処方せん問い合わせ票

患者ID		患者氏名	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	診察科	科
処方日	年 月 日	処方医名	
<問い合わせ内容>		年 月 日	
		記入者サイン	
<回答>		年 月 日	
		記入者サイン	
処方せんの再発行 有・無		記入者サイン	
問い合わせ保険薬局名:			
薬剤師名:			
回答送付先電話番号:			
FAX番号:			

保険薬局 ←→ 国立病院機構豊橋医療センター

院外処方せん問い合わせ票

患者ID		患者氏名	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	診察科	科
処方日	年 月 日	処方医名	
<問い合わせ内容>		年 月 日	
		記入者サイン	
<回答>		年 月 日	
		記入者サイン	
処方せんの再発行 有・無		記入者サイン	
問い合わせ保険薬局名:			
薬剤師名:			
回答送付先電話番号:			
FAX番号:			

保険薬局 ←→ 国立病院機構豊橋医療センター