

院外処方連絡票（成田記念病院⇄調剤薬局）

年 月 日

薬局住所：
調剤薬局名：
薬剤師名：
TEL：
FAX：

患者ID：	患者名：	(男・女)
		M・T・S・H 年 月 日生
診療科：	医師名：	処方せん発行日：
		処方せん番号：
<input type="checkbox"/> 疑義照会（薬局） <input type="checkbox"/> 保険確認（医事課） <input type="checkbox"/> 医師への伝達事項 <input type="checkbox"/> 患者様からのクレーム		
内容		
回答		

*緊急を要する場合には、まずTELにて連絡してください。

成田記念病院 薬局

TEL：0532-31-2167

FAX：0532-32-3822

回答者名