

上林記念病院 院外処方箋問い合わせ票

問い合わせ薬局住所	発信日時
薬局名	西暦 年 月 日
TEL	時 分
FAX	FAX : 0586-61-5639
担当者名	

ID 番号	患者氏名 (ふりがな)	生年月日	明・大・昭・平
		西暦	年 月 日

診療科	処方医師名	処方日
		西暦 年 月 日

処方箋問い合わせ内容

回答
回答者名
回答時間 時 分

(記載事項)

問い合わせを依頼される場合、先に FAX をして頂き <u>確認のため必ず</u> 下記の電話番号まで 連絡をお願いします。 0586-61-0110 (代表) →薬剤科まで

改定日時:2024 年 5 月 1 日