

阪南市民病院処方内容照会表

疑義照会は必ず FAX にてこの照会表と処方箋を

(FAX 番号 072-471-2297) までご送付ください。

疑義照会日 年 月 日

保険薬局名	薬局		薬局 FAX 番号	— —
薬剤師名	処方箋 発行日	年 月 日	薬局 電話番号	— —
患者氏名	様		患者番号	

問合せ内容

回答

回答者 阪南市民病院 薬剤部

社会医療法人 生長会 阪南市民病院 薬剤部
大阪府阪南市下出 17

FAX 072-471-2297 電話 072-471-3321 (代)