

# 藤本病院処方内容照会表

処方せんを添えて、FAX(下記参照)してください

保険薬局名		薬剤師名	
薬局FAX番号		薬局電話番号	
患者ID		←処方せんの右上の番号を記載してください	
患者氏名		処方箋発行日	平成 年 月 日
内容			

平成 年 月 日

回答
上記にて、よろしく申し上げます

回答者

診療科		薬剤課	
医師		医事課	

平日・土曜日 9:00 ~ 17:30  
(夜診)月・水・金 17:30 ~ 21:00

FAX 072-824-1305(薬剤課)

\*保険に関する問い合わせは電話にてお願いします。 TEL 072-824-1212(代表)