

藤本病院処方内容照会票

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 I D		←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	年 月 日

内 容

年 月 日

回 答

上記にて、よろしくお願いします

回答者

診 療 科		薬 剤 科	
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(薬剤科)

* 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)