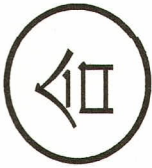


(送信先) 伊達赤十字病院 薬剤部 FAX : 0142-21-2030

疑義照会連絡票 (伊達赤十字病院専用)



保険薬局名:

TEL:

FAX:

院外処方箋

照会項目	年	月	日
1: 薬品名・規格			
2: 用法・用量			
3: 投与日数			
4: 処方漏れ			
5: 重複投与			
6: 相互作用			
7: 患者依頼			
8: その他			
9: 調剤方法			
10: 保険情報			
回答			