

名古屋掖済会病院薬剤部

FAX 052-652-9860

疑義照会

至急願います。  確認願います。  返信願います。

|      |  |
|------|--|
| 薬局名  |  |
| 住所   |  |
| 薬剤師名 |  |
| 電話   |  |
| FAX  |  |

|      |  |  |
|------|--|--|
| 疑義内容 | 患者様ID<br>(処方箋左上No.)  |  |
|      | <input type="checkbox"/> 投薬日数の確認 <input type="checkbox"/> 規格・単位の確認 <input type="checkbox"/> 用法の確認 <input type="checkbox"/> 被保険者番号の確認 |  |

