

疑義照会・連絡等 F A X 票 (この部分に処方せんを置いて複写)

	用法・用量 重複投薬	規格 副作用	日数・全量の変更 適応症	処方追加・削除 日数制限付薬剤	調剤方法
	送信日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分				
疑義照会・連絡事項等	薬局名 _____		FAX 番号 : _____		
	担当者 _____				
回答	担当者 _____				
	<input type="checkbox"/> 変更可、上記の通り調剤 <input type="checkbox"/> 変更不可、処方せんの通り調剤 <input type="checkbox"/> _____ 日分に変更				

保険薬局へ 疑義照会は原則、FAXにて西岡病院外来へお願いします。

なお、薬局独自の様式を使用しても構いません。



社会医療法人恵和会西岡病院 (電話:011-853-8322・外来 FAX:011-853-8703)