2021年10月現在

疑義照会票

○で囲む	診療科　・　医事課	至急　・　本日中　・　回答出来しだい 情報提供　・　在宅指示依頼	
患者ID		照会日時	西暦　年　月　日　時　分
フリガナ 患　者 氏　名	様　男・女	診療科	科
生　年 月　日	明・大・昭 平・令　年　月　日	担　当 医師名	医師
薬局名		薬剤師 氏　名	
薬　局 所在地		TEL	
		FAX	

内容：　1．処方薬　2．用法・用量　3．処方制限　4．残薬　5．患者情報　6．その他（○で囲む）

標題

※必ず処方箋を添付すること

回答

回答者	医師　薬剤師　看護師　医事課	回答日時	西暦　年　月　日　時　分

島田市立総合医療センター　　薬剤部
FAX：０５４７－３５－７５７０

2021年10月現在

疑義照会票

○で囲む	診療科　・　医事課	至急　・　本日中　・　回答出来しだい 情報提供　・　在宅指示依頼	
患者ID		照会日時	西暦　年　月　日　時　分
フリガナ 患者 氏名	様　男・女	診療科	科
生年 月日	明・大・昭 平・令　年　月　日	担当 医師名	医師
薬局名		薬剤師 氏名	
薬局 所在地		TEL	
		FAX	

内容：　1．処方薬　2．用法・用量　3．処方制限　4．残薬　5．患者情報　6．その他（○で囲む）

標題

※必ず処方箋を添付すること

回答

返答不要

回答者	医師　薬剤師　看護師　医事課	回答日時	西暦　年　月　日　時　分

島田市立総合医療センター　　薬剤部
FAX：０５４７－３５－７５７０