

報告日： 年 月 日

<保険薬局の皆様へのお願い>

- ・疑義照会は処方医師が対応しますので、病院代表にご連絡ください。 TEL:045-787-2800
- ・疑義照会の結果、処方内容に変更があった場合は、この用紙に記入し、FAXにてお知らせください。

宛先	〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3-9 公立大学法人 横浜市立大学附属病院 医事課 <FAX> 045-787-2901(直通) * 番号間違えには十分ご注意ください
発信者	保険薬局名： 住所： 電話・FAX：(TEL) (FAX) 担当者名：
疑義照会後の処方変更内容	患者番号： 診療科名： 医師名：
	<処方変更内容>
	<備考>