

岸和田こころのホスピタル 処方内容等疑義照会票

疑義照会(処方内容・保険等)は FAX にて、こちらの照会票と処方箋を送信してください。
(FAX:072-248-2130 医事課宛)

患者氏名	様	患者 生年月日	年 月 日
保険薬局名		処方箋 発行日	年 月 日
FAX 番号		薬局電話 番号	

疑義照会内容

--

回答

回答者:

変更ありません	変更をお願いします
詳細記入欄	

対応時間:月~金 9:00~17:15

医療法人社団 大阪昌栄会 岸和田こころのホスピタル

〒596-0823 大阪府岸和田市下松町 1344-3

TEL 072-428-2037 FAX 072-428-2130

