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：０７２－428－２１３０　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　えいしん会　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