

※本様式は、処方箋原本を入手していない場合にご使用ください。(例：オンライン、アプリ)

処方箋原本を入手している場合には、「問い合わせ欄」に疑義内容を記載して送信してください。

## 疑義照会連絡書

連絡日 年 月 日

保険薬局名

担当薬剤師 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

処方発行日	年 月 日		
患者 ID		患者氏名	
診療科		処方医	
【疑義内容】			
【回答欄】 ※返信の記録などにご使用ください。			

※回答はお電話で連絡いたしますので、必ず上記連絡先をご記入ください。

【問い合わせ FAX 番号】

昭和医科大学病院薬剤部；03 - 3784 - 8453、 東病院薬局；03 - 3784 - 8293