

国立長寿医療研究センター 薬剤部 宛

FAX : 0562-48-8895

薬局名 _____

FAX : - - _____

TEL : - - _____

処方内容等の連絡・問い合わせ票

患者 ID		発信時間	年 月 日 時 分 発信
フリガナ		診療科	
患者氏名	男 ・ 女	医師名	
[調剤薬局→病院] (レ点を付ける → ☐ 至急 ☐ 本日中 ☐ 出来次第 ☐ 不要) ☐ プロトコールに従い報告のみ (下記にプロトコール番号と変更内容を記載してください) ☐ 問い合わせ 担当者 _____			
[回答欄] 病院→調剤薬局 回答者 _____			

*** 処方内容についてお問い合わせの場合は、必ず処方せんのコピーを添付してください ***