

疑義照会結果報告書

西神戸医療センター御中

F A X : 078-993-3757

患者 ID <small>(処方せん左上に記載)</small>		患者名	
患者生年月日			性別 男 ・ 女
処方箋交付年月日		疑義照会年月日	
診療科		保険医師名	
照会内容			
照会結果			
保険薬局の所在地 及び名称 保険薬剤氏名			
電話番号、F A X 番号			