疑義照会結果報告書

**西神戸医療センター御中** ＦＡＸ：078-993-3757

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 ID  （処方せん左上に記載） |  | | | | 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、ＦＡＸ番号 | |  | | | | | |