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 |  |