

# 疑義照会連絡票

●電話での疑義照会後はこの連絡票をひがし循環器クリニックまでご送付下さい。

ひがし循環器クリニック FAX : 0532-69-5525

患者ID		患者氏名	
処方日	年 月 日	処方医氏名	
疑義照会内容		年 月 日	
回答内容			
保険薬局名 :			
電話番号 :			
FAX番号 :			
薬剤師名 :			