

疑義照会後の修正報告書

東濃厚生病院宛 FAX：0572－68－8654 照会年月日 令和 年 月 日

保険薬局情報	
保険薬局名	
薬剤師氏名	
電話番号	
F A X 番号	

患者情報	
患者 I D 番号	
患者氏名	様
診療科	科
処方医氏名	医師
処方箋発行日	令和 年 月 日

報告内容
<div></div>

各薬局の報告書や修正内容が記載された処方箋による報告も可能です
 疑義照会后、速やかにご報告ください