

<福岡ゆたか中央病院 疑義照会用紙>

【疑義照会】 (保険薬局⇒ 福岡ゆたか中央病院 Fax: 0949-26-2801)

保険薬局名 _____

薬剤師名 _____

電話番号 _____

Fax番号 _____

<<問い合わせ>> (FAX・電話) 時間(AM・PM) _____ 時 _____ 分

<p>※ 本用紙に疑義内容を記載の上、処方内容を添付し病院 までFax送信をお願いします。</p>	<p><input type="checkbox"/>先発品→後発品 <input type="checkbox"/>後発品→後発品 <input type="checkbox"/>後発品→先発品 (採用切替時 残ある時のみ) <input type="checkbox"/>病院との取り決めによる変更</p>

【疑義回答】 (福岡ゆたか中央病院 ⇒ 保険薬局)

部署名 _____

氏名 _____

<<回答内容>> (FAX・電話) 時間(AM・PM) _____ 時 _____ 分

--