

<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

※ 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。

先発品→後発品
後発品→後発品
後発品→先発品
(採用切替時 残ある時のみ)
病院との取り決めによる変更

【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