独立行政法人国立病院機構 旭川医療センター　薬剤部　宛

疑義照会専用FAX　0166-55-2961
（受付時間：平日8:30～16:55）

照会年月日　　年　　月　　日			
保険薬局名		薬剤師名	
電話番号		FAX番号	
患 者 ID		患者氏名	
診 療 科		処 方 医	

内容： 1．処方薬　2．用法・用量　3．長期投与不可　4．保険関係・患者情報　5．その他
（〇で囲んでください）

（内容は簡素に御記入ください。処方箋を一緒にFAX送信してください。）

処方箋　添付欄