様式1

疑義照会結果報告書

国家公務員共済組合連合会　東海病院

処方箋と合わせて薬剤科FAX：052-711-1071まで送信してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険薬局名 |  |
| 連絡先・薬剤師名 |  |
| 患者ID・氏名 |  |
| 処方箋交付日 |  |
| 処方医師名 |  |
| 疑義照会日時 |  |
| 疑義内容  (残薬調整を含む) |  |
| 回答・変更内容 |  |