

# ＜＜処方せん疑義照会用紙＞＞

依頼日時	平成      年      月      日 AM・PM      時      分		
依頼者	薬局		薬剤師名
	電話	FAX	
依頼先	上野原市立病院 薬剤科		
患者ID		患者氏名	
処方日	年      月      日	処方医師名	医師
診療科名	・内科・小児科・脳外科・外科・皮膚科・整形外科・眼科 ・耳鼻科・泌尿器科・透析・(                      )		

**【照会内容】**

上野原市立病院 薬剤科 0554-63-6995(直通FAX)  
 上野原市立病院 薬剤科 0554-62-5121(代表)

**【備考】**