

院外処方箋疑義照会書

照会日	2026年2月20日		
薬局名		住所	
照会者名		送信枚数	枚（本状を含む）
TEL		FAX	
患者名	様	患者ID	
診療科	科	処方医名	Dr.
照会内容			
平素よりお世話になっております。			
お手数をおかけしますが宜しくお願いします。			
回答			
医師		薬剤師	

上記の事項に付き照会したいので、院外処方箋のコピーとともに FAX 致します。