

# 疑義照会結果報告書 (FAX送付票)

送付年月日      年      月      日

送付先：中部労災病院 薬剤部      FAX番号 052-652-0246

薬局名 \_\_\_\_\_ 送信者 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

処方日 \_\_\_\_\_ 処方医 \_\_\_\_\_

患者ID \_\_\_\_\_ 患者名 \_\_\_\_\_

以下のように報告します。

変更内容・変更理由など

**【可能でしたら処方箋を添付ください】**

独自のフォーマットでも報告可能ですが  
変更理由を記載いただけると幸いです