

年 月 日

処方箋確認依頼書/回答書

処方日	年 月 日
診療科	科
保険医師名	
I.D	
患者氏名	M・F

患者交付予定日	年 月 日
保険調剤薬局名	
TEL:	
FAX:	記入者名:

内容(処方箋のコピー可)

--

送信先 医療法人社団木下会 千葉西総合病院 薬剤部・医事課

FAX 047-384-8505

回答日時・時間