

# 疑義照会報告書

兵庫県立加古川医療センター 御中

令和 年 月 日

オーダー番号		処方箋発行日	
患者ID		患者氏名	
診療科		処方医師名	
疑義照会内容 及び 回答			
照会薬局	薬局名	TEL	
		FAX	
	照会薬剤師名		