

保険内容に関する疑義照会票

患者様の処方箋（保険内容）について紹介しますので  
 よろしくお願ひいたします。

患者 I D		処方 D r	
氏名		科名	
処方箋発行日	平成 年 月 日	回答について	<input type="checkbox"/> 至急
照会月日	平成 年 月 日	の要望	<input type="checkbox"/> ( 日 時まで)

〈照会内容〉

〈具体的な内容〉

- 公費申請中
- 自費
- 保険について
- その他

調剤薬局名 t e l , f a x		担当者	
------------------------	--	-----	--

※ 照会事項につき回答いたします。

回答年月日	平成 年 月 日	回答者	公立朝来医療センター
回答内容			
Fax 番号	079-670-2244 〈公立朝来医療センター〉		