疑義照会後電子カルテ修正依頼状兼、疑義照会プロトコール報告書

送信先：聖マリアンナ医科大学病院薬剤部　FAX　**044-977-5752**

処方日　　年　　月　　日	保険調剤薬局名
診療科	
保険医師名　　先生	
診察券番号：ID	
患者氏名　　M.F　　様	TEL. FAX.　　記入者

☐患部記載不備　☐用法・用量　☐投与日数　☐一包化　☐その他（　　）
☐疑義照会プロトコール報告

本依頼状の送付で疑義照会はできません。疑義照会は必ず電話で行ってください。