疑義照会について

令和〇年〇月〇日

[病院名] 薬剤部

[宛名 (薬剤師名、部署名)]

平素より大変お世話になっております。[あなたの名前]、[所属]の[役職]です。この度、以下の患者様に関する疑義照会をさせていただきます。お手数をおかけしますが、ご確認いただきご回答いただけますと幸いです。

【患者様情報】

患者様名：[患者様名] 性別：[性別]

生年月日：[生年月日] 診療科：[診療科]

処方箋発行日：[処方箋発行日]

【疑義照会の内容】

ご確認いただき、ご連絡いただけますようお願い申し上げます。回答は、下記の連絡先までFAXまたは電話でお願いいたします。

【連絡先】

〇〇薬局〇〇店

TEL：00-0000-0000　FAX：00-0000-0000