

一宮市立市民病院  
院外処方箋問い合わせ票

住所

薬局名

TEL

FAX

患者ID

患者氏名

生年月日

(男・女)

明大昭平令

年

月

日

診療科

処方医名

処方箋番号

先生

処方日

年

月

日

用法 用量 一包化 処方日数 患者要望 その他

問い合わせ内容

記入者

処方変更あり 処方変更なし(理由を回答欄へ記載)

回答

回答者

処方箋再発行 有り 無し