



FAX:047-498-8130 (鎌ヶ谷総合病院 薬剤部)

鎌ヶ谷総合病院 宛

保険薬局 → 薬剤科

疑義照会報告書

報告日：令和 年 月 日

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID : □□□□□□□□ 患者氏名 : (男・女) 生年月日 : M・T・S・H・R 年 月 日 処方箋発行日 : 令和 年 月 日	電話番号 : FAX 番号 : 担当薬剤師名 : 印

※緊急性のある問い合わせや疑義照会は、先んじて電話にてお願いします。

【疑義照会内容】

【後発医薬品への変更調剤等報告】

変更前の薬剤名	変更後の薬剤名	製薬会社名