玄々堂君津病院　宛

処方せん問合せ票

【問合せ薬局】

【TEL】　　【FAX】

【問合せ日】　　年　　月　　日　【質問者名】

【問合せ項目】　〇印で囲んでください

・保険　　・処方内容　　・その他

患者氏名　　患者番号

（処方箋の氏名欄の８桁の数字）

【問合せ内容】

【回答医師】

【FAX 返信者】

薬局　　医事課

【回答】

【処方箋のコピーを添付してください】

処方箋 貼付欄

玄々堂君津病院　（薬局）FAX：0439-52-0844　（医事課）FAX0539-52-2366