総合犬山中央病院　FAXコーナー　宛　　報告日：　20　　年　　月　　日

FAX (0568) 63-2365

調剤報告書

処方医：　　科 先生　御机下	保険薬局　名称（ 所在地・電話番号・FAX番号 ） 返信のため、必ずFAX番号を記載
患者ID： 患者氏名： 生年月日：	担当薬剤師名：　　印

疑義照会の回答に基づき調剤し、薬剤を交付しました。下記の通り、ご報告いたします。

処方せん交付日：20　　年　　月　　日	調剤日：　20　　年　　月　　日
照会内容	
回答 回答者：	

＜以下病院返信欄＞　保険薬局へFAXで返信いたします

※　処方修正

☐　医師により処方修正済み

☐　薬剤師による処方修正を依頼

☐　処方修正の必要なし

その他

FAXコーナー	処方医	FAXコーナー

受信　→　確認・修正　→　返信

※返信終了後は薬剤部で保管