

## 保険内容に関する疑義照会票

患者様の処方箋（保険内容）について紹介しますので  
よろしくお願いいたします。

|        |       |               |                                   |
|--------|-------|---------------|-----------------------------------|
| 患者ID   |       | 処方Dr          |                                   |
| 氏名     |       | 科名            |                                   |
| 処方箋発行日 | 年 月 日 | 回答について<br>の要望 | <input type="checkbox"/> 至急       |
| 照会月日   | 年 月 日 |               | <input type="checkbox"/> ( 日 時まで) |

〈照会内容〉

〈具体的な内容〉

- 公費申請中
- 自費
- 保険について
- その他

|                        |  |     |  |
|------------------------|--|-----|--|
| 調剤薬局名<br>t e l , f a x |  | 担当者 |  |
|------------------------|--|-----|--|

※ 照会事項につき回答いたします。

|          |                                       |     |               |
|----------|---------------------------------------|-----|---------------|
| 回答年月日    | 年 月 日                                 | 回答者 | 公立豊岡病院<br>医事課 |
| 回答内容     |                                       |     |               |
| F a x 番号 | 0 7 9 6 - 2 2 - 5 9 8 8 〈豊岡病院 医事課 直通〉 |     |               |