

# 疑義照会・プロトコル 情報連絡書

下記患者の医薬品に関する情報を送付させていただきます。

患者ID		患者氏名	
		生年月日	
発信元		送信先	
施設名		社会医療法人社団菊田会	
電話番号		習志野第一病院 薬剤部	
FAX番号		〒275-8555	
担当者		千葉県習志野市津田沼 5-5-25	
		TEL 047-454-1511(代表)	
		FAX 047-451-8841	

疑義照会			
日付		照会先氏名	
照会内容			
プロトコルに則る変更の有無	有		無

記載欄(院外処方箋添付欄)