神戸労災病院処方箋　保険番号等照会用紙

年　　月　　日　　午前･午後　　時　　分

患 者 Ｉ Ｄ		薬 局 名	
（フリガナ） 患 者 氏 名		住　　所	
診　療　科		電 話 番 号	
処 方 医 師 名		ＦＡＸ 番 号	
交 付 年 月 日		薬 剤 師 名	
回 答 区 分	□ 至急　　□　　日　時迄に必要		

照会区分　　1. 保険番号について

2. その他（　　）

照会内容

回答医事課員		確 認 手 段	

回答内容

下記の内容に（修正・変更）してください。

送付先：神戸労災病院　医事課　FAX：078-242-5382
受付時間：平日 8：15～17：00

注意:この用紙は疑義照会用紙および服薬情報提供書(トレーシングレポート)ではありません。
平日 17 時以降・土曜・日曜・祝日は対応不能です。悪しからずご了承ください。