★済生会福岡総合病院　がん薬薬連携シート★

（注意）疑義照会は通常の「疑義照会連絡用紙」をご使用ください

保険薬局名		⇔	病院名	済生会福岡総合病院
FAX			FAX	092-714-5938
TEL			TEL	092-771-8151

患者氏名		患者ID	
保険医氏名	（　　科）	処方日	

連絡内容	□情報提供　□確認事項　□その他（　　）		
返信　□要　□不要	送信日	□保険薬局 □病院	薬剤師名
【内容】			
□ がん薬薬連絡シートを受信しました。（受信者名：　　）			

返信			
返信　□要　□不要	送信日	□保険薬局 □病院	薬剤師名
【内容】			
□ がん薬薬連絡シートを受信しました。（受信者名：　　）			

最終対応			
	送信日	□保険薬局 □病院	薬剤師名
【内容】			
□ がん薬薬連絡シートを受信しました。（受信者名：　　）			