副作用・有害事象報告書

笠岡市立市民病院 宛 （薬剤部 ＦＡＸ：０８６５－６３－１１８０）

必要に応じて処方せんのコピー（患者氏名を判別不能にしたもの）を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 患者情報 | 保険薬局情報 |
| 患者ＩＤ（処方箋右上部に記載） |  | 保険薬局名 |  |
| 患者生年月日 |  | 電話番号 |  |
| 診療科 | □内科　□消化器内科□循環器内科　□呼吸器内科□外科　□整形外科　□皮膚科□泌尿器科　□産婦人科□眼科　□小児科　□リハビリ科 | ＦＡＸ番号 |  |
| 薬剤師氏名 |  |
| 処方医氏名 |  | 調剤年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 処方せん交付年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |  |

|  |
| --- |
| 内容： |