副作用・有害事象報告書

様式 1

名古屋第二赤十字病院　薬剤部宛（ FAX：052-834-6160 ）　　年　　月　　日

患者様情報	
氏　　名	様
※患者 ID（登録番号）	
診 療 科	科
発 行 医 名	医師
処方箋交付年 月 日	年　　月　　日
調 剤 日	年　　月　　日

保険薬局様情報	
保険薬局名	
所 在 地	
電 話 番 号	
FAX 番号	
薬 剤 師 氏　　名	

※患者 ID は、「処方箋の備考欄」に記載があります。

内容：

（必要に応じて処方箋を一緒に FAX 送信してください。）