

副作用・有害事象報告書

様式 1

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 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と一緒に FAX 送信してください。)