苦情・トラブル・意見等報告書　様式 5

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：　　1．苦情　　2．トラブル　　3．意見・要望　　4．その他
（〇で囲む）

（必要に応じて処方箋を一緒に FAX 送信してください。）