**副作用・有害事象報告書**

**様式1**

**□小山田記念温泉病院　宛**( FAX：059-328-1921 ）

**□主体会病院　宛**( FAX：059-354-1796 ） 令和　　 年 　 月 　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者様情報** | |  | **保険薬局様情報** | |
| 氏名 | 様 |  | 保険薬局名 |  |
| ※患者ID  （登録番号） |  |  | 所在地 |  |
| 診療科 | 科 |  | 電話番号 |  |
| 発行医名 | 医師 |  | FAX番号 |  |
| 処方箋交付  年月日 | 令和　　　年　　　月　　日 |  | 薬剤師  氏名 |  |
| 調剤日 | 令和　　　年　　　月　　日 | ※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。） |