

副作用連絡用紙

佐野厚生総合病院 宛

記入日： 年 月 日

患者様情報		
患者 イニシャル	(姓)	(名)
患者ID		
診療科		
保険医氏名		
処方せん 交付年月日		

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	

内容(被疑薬および使用状況、副作用の発現状況および処置等の経過)

--

- 【注意事項】
- ・副作用発生時は、佐野厚生総合病院 薬剤部へ連絡し、指示を受け対応して下さい
対応後、この用紙で結果を報告して下さい
 - ・記載内容は重要な個人情報ですので、送り先に間違いのないよう送って下さい

【FAX受付時間】 平日 ; 8:30~17:00 第1, 3, 5土曜日 ; 8:30~12:45

佐野厚生総合病院 薬剤部 FAX番号 : 0283-22-5381

様式5(Ver.201704)