

副作用・有害事象報告書

様式2

神奈川県警友会けいゆう病院宛 (FAX:045-221-8288)

令和 年 月 日

患者様情報	
氏 名	様
※ 患 者 I D (登 録 番 号)	
診 療 科	科
処方医師名	医師
処方箋交付 年 月 日	令和 年 月 日
調 剤 日	令和 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「処方箋患者氏名の上」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。)