

苦情・トラブル・意見等報告書

様式6

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 ID (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: 1. 苦情 2. トラブル 3. 意見・要望 4. その他

(○で囲む)

(必要に応じて処方箋と一緒に FAX 送信してください。)