**副作用・有害事象報告書**

**様式３**

**公益財団法人丹後中央病院宛**（FAX：0772-62-7746）　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は処方箋の上部に記載 | | |

|  |
| --- |
| **内容：**  （必要に応じて処方箋を一緒にFAX送信してください。） |