様式3

副作用・有害事象報告書

総合せき損センター　薬剤部　宛（FAX ： 0948-25-1465）　　　　年　　月　　日

患者様情報	
氏　名	様
患者 ID	
診療科	科
処方医氏名	医師
処方箋交付年月日	年　　月　　日
調剤日	年　　月　　日

保険薬局情報	
保険薬局名	
所在地	
電話番号	
FAX 番号	
薬剤師氏名	

内容 ：

（必要に応じて処方箋を一緒に FAX 送信してください。）