



mail:西陣病院薬剤部 pharm-di@nishijinhp.com

保険薬局 → 薬剤部 → 処方医

西陣病院薬剤部
医薬品情報管理室 御中

報告日： 年 月 日

副作用報告用紙（疑いを含む）

*因果関係の否定できない薬剤は全て報告してください

患者 ID :	保険薬局 :
患者氏名 : 様	
報告者氏名 :	TEL :
	FAX :
処方医 :	
被疑（中止）薬 :	
有害事象と被疑薬との関係性 : 高い・低い・不明	
判断 : 医学的・薬学的・患者自己判断・不明	
症状 :	