保険薬局 → 薬剤部 → 処方医

mail:西陣病院薬剤部 pharm-di@nishijinhp.com

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：  患者氏名：　様 | 保険薬局： |
| 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： | |