

(調剤過誤・副作用) 報告書

送信日：西暦 年 月 日

送信元 薬局→ 大町土谷クリニック薬局

患者ID: 患者氏名: 様 処方医氏名: 先生

処方箋交付年月日：西暦 年 月 日

◇経緯：

◇大町土谷クリニックからの回答：

◇保険薬局の対応：

【保険薬局情報】

保険薬局名： 薬局 薬剤師氏名：

所在地：

電話番号： FAX番号：