

(様式 3)

医療法人社団英志会 富士整形外科病院
トラブル連絡票

変更調剤を行った場合は、この連絡票と院外処方箋を FAX して下さい。

専用 F A X 番号 0545-51-3139

連絡日 年 月 日

保険薬局名			
電話番号		FAX 番号	
薬剤師名			

患者氏名 (判明不能表記)			
患者 ID		生年月日	
処方箋発行日		保険医氏名	
項目	<input type="checkbox"/> 調剤過誤 <input type="checkbox"/> 患者からの苦情 <input type="checkbox"/> その他		
内容			
対応・処置			
患者・家族への説明、納得度			

受付	年 月 日	対応者氏名	
病院の対応等 [病院記入欄]			