

(様式 3)

医療法人社団英志会 富士整形外科ララ広見クリニック  
トラブル連絡票

この連絡票と院外処方箋を FAX してください。

F A X 番号 0545-67-1636

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<br>(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] |       |       |  |