災害処方箋

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　　　　　　者 | 氏名 |  | 男・女 | 医療救護所等の名称・所在地所属する医療支援チ-ム等の名称処方医師氏名連絡先(スマホ・携帯電話番号等) |
| 明・大・昭・平 　　　　　年 月 日生 |
| 交付年月日 | 平成 年　　　 月　　　日 |
| 処方箋の使用期間  | 交付の日を含めて4日以内 |
| 処方 |  |
| 備考 | 患者の連絡先(スマートホン・携帯電話番号等) |
| 調剤済年月日 | 平成 年　 　月 日 | 調剤した薬剤師氏名・連絡先 |  |
| 調剤した薬剤師の所属する組織の名称 |  |
| 調剤した医療救護所等の名称及び所在地 |  |