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 | | | | |  | | | |