苦情・トラブル・意見等報告書

様式 7

AOI 名古屋病院 宛（ FAX: 052－932－7158 ）　　年　月　日

患者様情報	
氏　名	様
※患者ID（登録番号）	
診療科	科
発行医名	医師
処方箋交付年月日	平成　年　月　日
調剤日	平成　年　月　日

保険薬局様情報	
保険薬局名	
所在地	
電話番号	
FAX 番号	
薬剤師氏名	

※患者 ID は、「処方箋の備考欄」に記載があります。

内容:　1. 苦情　2. トラブル　3. 意見・要望　4. その他
（○で囲む）

（必要に応じて処方箋を一緒に FAX 送信してください。）