

# 苦情・トラブル・意見等報告書

様式5

水戸ブレインハートセンター薬剤科 ( FAX:029-232-8766 ) 平成 年 月 日

患者情報	
氏 名	様
患 者 I D	
診 療 科	科
処方発行医師名	医師
処方箋交付日 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	
F A X 番 号	
薬 剤 師 名 氏	

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