|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 災害処方箋 |  |  |
| 医療救護所の名称・所在地 |
| 患　　者 | 氏　名 |  | 男・女 |
| 所属する医療機関・チーム等の名称 |
| 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　・ 令　　年　　月　 日生 | 処方医師氏名　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 交付年月日 |  　年　　 月　 　日 | 連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 処方箋の使用期間 | 交付の日を含めて4日以内 |  |  |
| 処　　　　　　　　方 |  |
| 備　　考 | 投与日数　１日　・　２日　・　３日　・　４日（○を付ける） |
| 調剤済年月日 | 　 　年　　 月　 　日 | 調剤した薬剤師氏名 | 　　　　　　　　　　印 |
| 調剤した薬剤師の所属する組織の名称または連絡先 |  |
| 調剤した医療救護所等の名称及び所在地 |  |

患者情報　氏名

　　　　　自宅住所

　　　　　連絡先

　　　　　避難場所