|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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