# 建佑醫院 疑似藥物不良反應通報單

**100.01 四版**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 病歷號碼 | 性別 | 身高 | 發生日期 |
| 床號 | 年齡 | 體重 | 科別 |
| 姓名 | 聯絡電話 | | 主治醫師 |
| 回報者 | 您是：(　)醫師，(　)護士，(　)藥師，其他：(　　) | | |

**一、懷疑之藥物：(藥名、劑型、途徑、劑量、給藥頻率、起始日期)**

**二、發生藥物不良反應的日期與情況，請描述：**

**三、發生藥物不良反應後的處置，請描述：**

**四、此不良反應是否詳加記錄在 Progress Note?(　)有，(　)沒有。**

**此不良反應電腦過敏紀錄欄是否 key in?(　)有，(　)沒有。**

備註：填妥後請擲回藥劑科