

이상반응 보고서

환자	성명		생년월일			
혈액 검사		시행일	ALP	AST	ALT	T-bill
	사전검사					
	사후검사					
	재검사					
약물		1차	2차	3차	4차	5차
	처방명					
	처방구성					
	처방 시행일					
	처방일수					
이상 반응	증상					
	발현시점					
	환자상태	자연회복, 처치 후 회복, 현재 진행중, 치명적 손상, 모름				
약물 연관성 여부		있음, 없음, 알 수 없음				
보고자	성명		소속			